

21  
2ej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA

## ABORTO SEPTICO

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION  
DE ENFERMERIA

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE INVESTIGACION

U. N. A. M.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y  
O B S T E T R I C I A

P R E S E N T A

LILIA CORONA GUTIERREZ



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

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

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

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

# I N D I C E

Pág.

<u>INTRODUCCION</u>	1
I. <u>MARCO TEORICO</u>	4
1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.	4
1.2 Fecundación y desarrollo embrionario	15
1.3 Aborto	25
1.3.1 Clasificación	26
1.3.2 Aborto séptico	36
1.4 Historia Natural de Aborto Séptico	50
2. <u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	55
2.1 Diagnóstico de Enfermería	70
3. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	73
3.1 Objetivos	73
CONCLUSIONES	96
BIBLIOGRAFIA	99
GLOSARIO DE TERMINOS	104

## INTRODUCCION

El aborto séptico desde el punto de vista jurídico y como problema de salud de los grupos humanos vulnerables, ubicados en los estratos económicos bajos, tiene una alta incidencia y en este trabajo se analiza con el enfoque médico-ecologista, se describe la multicausalidad con la interacción de agente, huésped y medio ambiente.

El estudio del horizonte clínico de esta entidad nosológica permitió diseñar las estrategias a seguir en los niveles de prevención de la historia natural de la enfermedad.

El abordaje del problema en forma particular nos llevó al conocimiento integral de una paciente sometida a maniobras abortivas criminales, que por ignorancia de quien las ejecutó pusieron en peligro su vida y fueron determinantes para su futuro obstétrico.

La interacción humana lograda con la relación enfermera-paciente, nos permitió identificar a fondo cuales fueron las razones que llevaron a la paciente a provocarse el aborto, asimismo, el llevarla a reflexionar sobre los valores de la vida, desde el punto de vista jurídico, social, biológico y psicológico, llegando a plantear alternativas encaminadas a la educación para la salud para esta paciente en particular.

**Campo de la investigación:**

El presente estudio clínico en Proceso de Atención de Enfermería, se realizó en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3, del Centro Médico La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## I. MARCO TEORICO

### 1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

El sistema reproductor comprende los órganos genitales externos que son: el monte de venus, labios mayores, labios menores, clítoris, vestíbulo, meato urinario, glándulas de Skene, glándulas de Bartholin, himen, horquilla y periné.

Los genitales internos están constituidos por la vagina, el útero, las trompas de falopio y los ovarios.<sup>1/</sup>

Organos genitales externos:

Monte de venus:

Es una eminencia producida por depósitos de tejido adiposo, situado por delante de la sínfisis pubiana. Está cubierto de vello rígido y obscuro, que aparece en la pubertad; forma un triángulo de base superior. La piel de esta eminencia contiene glándulas sebáceas y sudoríparas. Los nervios sensitivos de la región son el abdominogenital menor y el genitocrural.

La circulación sanguínea del monte de venus se realiza por medio de

---

1/ Benson C., Ralph; Manual de ginecología y obstetricia, p. 1.

ramas de la arteria y venas pudendas externas. Los linfáticos están comunicados con los vulvares y superficiales del abdomen.

#### Labios mayores:

Constituyen formaciones prominentes que parten del monte de venus en forma de repliegues redondeados, y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné, están recubiertos por piel resistente pigmentada con glándulas sebáceas y vello. Por debajo de la piel hay una capa de tejido conjuntivo denso, rica en fibras elásticas y en tejido adiposo, pero sin elementos musculares.<sup>2/</sup> Se dice que también están constituidos por una parte del ligamento redondo.

En su porción anterior los labios mayores están inervados por el abdominogenital menor y el pudendo interno. Lateral y posteriormente la inervación procede del ciático menor. Están vascularizados por la arteria pudenda interna (rama anterior de la ilíaca interna-hipogástrica) y por la pudenda externa (rama de la arteria femoral). El retorno venoso es por las venas pudendas externa e interna.

#### Labios menores:

Son dos repliegues de piel, pequeños y dolgados, situados entre los

labios mayores y el introito; al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal; se unen en su parte anterior y posterior; la unión anterior da lugar al frenillo del clítoris y al prepucio. Los labios mayores y menores se unen en un delgado pliegue de piel que forma el borde anterior del periné. Esta delgada orilla es conocida como la horquilla.<sup>3/</sup>

La cara externa y el borde anterior de los labios menores están habitualmente pigmentados. Su cara interna es rosada y húmeda, contiene numerosas glándulas sebáceas.

La inervación de los labios menores está dada por el abdominogenital, e, pudiendo interno y el hemorroidal. La circulación se realiza por las arterias pudendas externa e interna.

#### Clítoris:

Es el órgano homólogo del pene, mide de 2 a 3 centímetros. Se sitúa en la parte superior del introito, por encima del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (cuerpos cavernosos) que se fija al periostio del pubis. El clítoris está provisto de una rica inervación sensitiva. Los nervios hipogástricos y pudendo interno, así como el simpático pélvico, le proporcionan numerosas terminaciones. La irrigación se hace por ramas de la arteria y vena pudendas.

---

<sup>3/</sup> Bleier J., Inge, Enfermería materno infantil, p. 8

#### Meato urinario:

Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior, está recubierto por un epitelio transicional. Está innervado e irrigado de igual manera que el vestíbulo.

#### Glándulas de Skene:

Son dos y se encuentran una a cada lado de la parte posterolateral del meato uretral; producen moco que lubrica el vestíbulo.<sup>4/</sup> La arteria y vena pudendas son las encargadas de irrigar a estas glándulas. Están cubiertas por células transicionales.

#### Glándulas de Bartholin:

Están situadas una a cada lado, entre el labio menor y la pared vaginal, desemboca en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y parte externa de la vagina. Ramas de la arteria, vena y nervios pudendos internos están destinados a las glándulas de Bartholin.

#### Himen:

Membrana circular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formada por dos capas de tejido fibroso. Los vasos arteriales y venosos y los nervios del himen, pertenecen a los troncos pudendos y hemorroidales inferiores.

<sup>4/</sup> Mondragón Castro, Héctor; Obstetricia básica ilustrada, p. 14

tratificado. Los nervios de la vagina proceden del pudendo interno, del hemorroidal y del plexo hipogástrico. La arteria vaginal (rama de la hipogástrica), irriga a la vagina en gran parte, pero también recibe estas ramas de la vesical inferior, de la hemorroidal media y de la pudenda interna.

El drenaje linfático de la porción inferior de la vagina se dirige a los ganglios linfáticos inguinales superficiales; el de la porción superior deriva a los ganglios linfáticos ilíacos externos e hipogástricos.

Las funciones que se atribuyen a la vagina son:

- a. Conducto excretor del útero
- b. Órgano de la cópula
- c. Conducto del parto

#### Útero:

Es un órgano musculoso que contiene una cavidad, está situado profundamente en la pelvis verdadera entre la vejiga y el recto, el útero se une con una de las trompas de falopio en cada lado, cerca de su parte superior; su extremo inferior (el cuello) se proyecta en la vagina.

El útero tiene la forma de una pera invertida, algo aplanada, mide 7.5 centímetros de largo, 5 centímetros de ancho en su extremo superior y 2.5 centímetros en su parte baja y pesa aproximadamente 60 gramos.<sup>5/</sup> El cuerpo del útero está compuesto de tres capas:

1. La capa serosa; también llamada perimetrio, es la capa externa. Cubre todo el cuerpo, excepto la parte anteroinferior o sea, la que se relaciona con la vejiga.
2. La capa muscular o miometrio, es la capa intermedia, es la más gruesa y resistente; está formada por fibras musculares lisas, dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico, constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes.
3. Capa interna o endometrio: es la capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Está formada por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de células y vasos sanguíneos.<sup>6/</sup>

Sostienen al útero: 1. Los ligamentos redondos musculosos que se originan lateralmente en el fondo uterino y terminan en los labios

<sup>5/</sup> Bleier J., Inge, op.cit., p. 10

<sup>6/</sup> Mondragón Castro, Héctor; op.cit., p. 17

mayores; 2. Los ligamentos anchos, pliegues peritoneales amplios que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino a las paredes laterales de la pelvis; 3. Los ligamentos útero-sacros, es estructuras fibrosas originadas en el istmo, que se insertan en el periostio del sacro; 4. Los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt); y, 5. Los músculos elevadores del ano.

La pared uterina está principalmente constituida por fibras musculares lisas, entrelazadas y que son gruesas en el fondo uterino.

Los impulsos nerviosos eferentes que llegan al útero, lo hacen a través de S2-S4. Los impulsos aferentes alcanzan el sistema nervioso central, siguiendo las raíces posteriores de D5-D12, L1 y S2-S4 y conducen estímulos simpáticos.

La circulación uterina se deriva de las arterias y venas uterinas y ováricas.

El sistema linfático uterino se deriva de conductos venosos. El de sagúe linfático del útero se dirige hacia los ganglios 1. Ilíacos, 2. Aórticos, 3. Sacros y 4. Inguinales.

### Trompas de falopio:

Son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12 centímetros de longitud y presentan movimientos peristálticos. Se originan en los cuernos uterinos, de donde siguen una dirección posterolateral y se abren en la cavidad peritoneal por debajo y en la porción medial de los ovarios; el diámetro del conducto varía entre uno y dos milímetros en los extremos y en su porción media, puede alcanzar más del doble. El extremo distal está unido al ovario por una franja larga (fimbria), que recibe al óvulo cuando sale del ovario y lo guía hacia la trompa de falopio, a través de la cual pasa hacia el útero.<sup>7/</sup>

Las trompas están constituidas por tres capas:

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

Capa media muscular, con fibras circulares y longitudinales.

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

---

<sup>7/</sup> Bleier J., Inge; op.cit., p. 9

Las trompas están envueltas por un pliegue peritoneal, el mesosalpinx, una porción del ligamento ancho del útero.

Asimismo, las trompas tienen tres partes anatómicas que son:

Interstitial o intramural; parte más proximal al útero que hace contacto con la cavidad uterina.

Istmica; parte intermedia de grosor constante.

Ampular; parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón.<sup>8/</sup>

Las porciones proximales de la trompa toman su irrigación de la arteria uterina, las porciones distales lo hacen mediante la ovárica y la uterina. Las vías linfáticas de la porción ampular se dirigen por el mesosalpinx y el ligamento ancho, a los ganglios hipogástricos e ilíacos.

Ovarios:

Son dos órganos ovoides aplanados, sólidos y blanquecinos. Cada uno de los cuales mide 4 x 3 x 2.5 centímetros; están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosas ováricas) en íntima relación con la

---

<sup>8/</sup> Mondragón Castro, Héctor; op.cit., p. 19

parte distal de la trompa, mediante la fimbria. Se sostienen en su sitio gracias a un engrosamiento del ligamento ancho (mesovario). Los ovarios tienen una parte central (médula) y otra externa (corteza); la primera está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos; sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo. Estos órganos son los encargados de producir las células reproductoras y son la fuente principal de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona.<sup>9/</sup>

Los nervios y vasos ováricos transcurren por el ligamento infundíbulo-pélvico (ligamento suspensor del ovario). Las arterias ováricas, que nacen de la aorta inmediatamente después de las renales, se anastomosan por numerosas ramas con las arterias uterinas. Una red venosa incluida en el mesovario, envía su sangre a las venas uterinas y ováricas. La vena ovárica derecha desemboca en la vena cava inferior, en tanto que la izquierda lo hace en la vena renal del mismo lado.

Nervios provenientes de las raíces dorsales de D10 y L1, así como fibras simpáticas hipogástricas y lumbares, acompañan a las arterias y venas. Los linfáticos del ovario se unen con los uterinos para drainar en los ganglios linfáticos y aórticos.<sup>10/</sup>

---

9/ Ibidem., p. 20

10/ Benson C., Ralph; op.cit., p. 1-14.

## 1.2 Fecundación y desarrollo embrionario.

La fecundación es la unión del óvulo con el espermatozoide, esta unión requiere de las siguientes etapas:

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

Después de que el semen es colocado en la vagina, los espermatozoos en término de una hora, penetran por el útero y llegan al tercio externo de las trompas, en donde se piensa que ocurre más a menudo la fecundación. Durante el coito se deposita en la vagina un promedio de 120 millones de espermatozoides por mililitro, los que constituyen una cantidad de 3 a 5 mililitros de semen.

En este fenómeno, solamente uno de 250 a 500 millones de espermatozoides termina por fecundar al óvulo.<sup>11/</sup>

---

<sup>11/</sup> McLennan E., Charles; Compendio de obstetricia, p. 6

El óvulo que ha de fecundarse está rodeado por una membrana llamada corona radiata o zona pelúcida, por lo que antes de que la fecundación se lleve a cabo, esta membrana debe ser disuelta. Evidentemente ésto se logra por la enzima hialorunidasa, secretada por la multitud de espermatozoides que bulle alrededor del óvulo.<sup>12/</sup> Desde el momento de la implantación hasta el final de la octava semana, cuando la organogénesis se ha completado en su mayor parte, el producto de la fecundación recibe el nombre de embrión. Después de la octava semana y hasta que se termina el embarazo, recibe el nombre de feto.<sup>13/</sup>

Cuando ha ocurrido la fecundación y se han unido el núcleo del espermatozoide con el núcleo del óvulo; queda constituida una célula cromosómicamente completa, una de cuyas mitades proviene de la madre y la otra del padre, de manera que queda formado un nuevo ser con caracteres de ambos.

Tanto el espermatozoide como el óvulo tienen 22 cromosomas que transmiten los caracteres somáticos (autosomas), y un cromosoma sexual.

En su componente cromosómico la mujer siempre tiene los cromosomas X X, en tanto que el hombre tiene un cromosoma X y un cromosoma Y.

<sup>12/</sup> Bleier J., Inge; op.cit., p. 27

<sup>13/</sup> McLennan E., Charles; op.cit., p. 41

Si el espermatozoide fecundante transmite el cromosoma Y, da lugar a un varón y si transmite el X, origina una mujer.

Una vez efectuada la fecundación el huevo inicia un recorrido (migración), por la luz tubaría en dirección al útero.

El óvulo fecundado no aumenta de volumen durante esta etapa de migración, sino que simplemente se divide en dos células, luego en 4, luego en 8, 16 o más células, que llegan a formar un apilamiento celular, constituyendo la fase de mórula. Ya casi para llegar al interior de la cavidad uterina el huevo inicia una segunda etapa de desarrollo en la que un grupo de células se organiza marginándose y formando una capa llamada trofoblasto, quedando el resto en forma excéntrica y constituyendo el disco embrionario o germinativo. A esta etapa de desarrollo se le designa como blástula. El trofoblasto se convierte en la placenta, el disco embrionario en el embrión (después feto).

Aproximadamente de 6 a 9 días después de la fecundación, el trofoblasto se adhiere al endometrio. Este proceso se llama implantación. La implantación del huevo humano suele hacerse en la zona superior del endometrio, en la cara anterior o posterior y rara vez en la cara lateral.

El trofoblasto ejerce acción citolítica, y al ponerse en contacto con

la decidua la destruye produciendo lagos sanguíneos de los que se nutre. Es tanta la penetración del blastocisto en la decidua que aquel queda sepultado en ella; la parte decidual en donde se implanta se denomina decidua basal, en la cual se desarrolla la placenta; la parte que cubre el blastocisto se llama decidua capsular o refleja y en ésta se adosan las membranas ovulares. Al continuar creciendo el trofoblasto, éste emite unas prolongaciones llamadas vellocidades coriales que son prolongaciones vasculares filiformes que conectan los sistemas vasculares placentario y embrionario. En la porción correspondiente a la decidua basal, dichas vellocidades son mayores y penetran a través de todo el espesor de la misma, constituyendo las vellocidades garfio o gancho, que sirve de soporte al huevo.

Poco después de la implantación, la masa embriónica se diferencia en tres distintas capas de células. De estas capas se desarrollarán todos los órganos y tejidos y consisten en ectodermo, mesodermo y endodermo.

**Ectodermo:**           Organos del sistema nervioso central y periférico, piel y anexos, hipófisis, parte terminal de órganos genito-urinaris, recto y ano.

**Mesodermo:**       Aparato cardiovascular, células sanguíneas y linfá-

ticas, tejido conectivo, músculos estriados y lisos, cartílagos, huesos, articulaciones, tejido subcutáneo, membranas serosas, riñones, gónadas, corteza suprarrenal, bazo.

**Endodermo:** Epitelio del tubo digestivo, parénquima glandular (tiroides, paratiroides, timo, páncreas, hígado), epitelio del aparato respiratorio, epitelio del aparato urinario.

El desarrollo embrionario y posteriormente del feto, no se efectúa en forma simultánea, sino que la diferenciación y el crecimiento de cada uno de los órganos se efectúa en edades diferentes; es así como a la tercera semana se inicia la formación de las estructuras primitivas que se transformarán en el sistema nervioso, en la capa ectodérmica; la del aparato digestivo en el endodermo y la del futuro corazón en el mesodermo.

El desarrollo acelerado del sistema nervioso distingue a la cuarta semana.

Surge el tubo neural, a partir del cual se formará la médula espinal y el encéfalo presenta tres subdivisiones y una mayor diferenciación de sus estructuras. El endodermo da origen a subdivisio-

nes, a saber, los intestinos medio, anterior y posterior, de los cuales surgirán los aparatos respiratorio y digestivo. El mesodermo presenta los somitas, segmentos dispuestos a lo largo del dorso (tubo neural) del embrión, de los cuales se derivarán el esqueleto y el sistema muscular, tegumentario y circulatorio. El corazón primitivo inicia sus latidos en esta semana decisiva y las células sanguíneas formadas por el saco vitelino circulan por el embrión, el propio saco vitelino y el cordón umbilical, que ahora presenta tres vasos por los cuales circula la sangre desde el corión y hacia este último.

La formación de los primordios que darán origen a los miembros y a los arcos branquiales, son los fenómenos importantes de la quinta semana.

Los arcos y las hendiduras branquiales representan el origen del cuello y la parte inferior de la cara. Por otra parte, el pedículo óptico indica los inicios del desarrollo del ojo y también están presentes las estructuras primitivas que se transformarán en la membrana del tímpano y otras partes del oído.

Al llegar la sexta semana, la futura madre por lo menos tiene la sospecha, e incluso la seguridad, de que está embarazada, aunque ello no resulte a simple vista. El embrión ya presenta manos y

pies primitivos y el hígado, a semejanza del corazón, es una prominencia notable. Por otra parte, se inicia la atrofia del primordio de la cola, de corta vida.

Brazos, antebrazos, mano, muslo, pierna y pie y el primordio de los dedos de la mano, están presentes ya durante la séptima semana de la gestación.

La cara adquiere un aspecto más humano con el desplazamiento de la cúpula óptica hacia la cara y el surgimiento de los pliegues de los párpados superior e inferior, al tiempo que resultan más eminentes las prominencias rudimentarias de oídos, nariz y boca. En este punto no es posible establecer el sexo del embrión, con base en sus características externas.

El embrión presenta un aspecto más propio de su especie en los inicios de la octava semana, que marca el fin del período embrionario, con mayor claridad que en semanas previas. La cabeza representa casi la mitad de la longitud del embrión, como resultado de la predominancia del desarrollo cefálico, los ojos poseen un aspecto más humano que antes y la oreja presenta forma más definida.

En este punto es posible distinguir la nariz y la barbilla, mientras

que manos, pies, tobillos, rodillas, codos y muñecas semejan miniaturas de los correspondientes al neonato.

Asimismo, la inspección permite diferenciar el sexo del feto, y el desarrollo no sólo anatómico, ya que es posible desencadenar actividad refleja del sistema muscular. El hígado representa en la octava semana el formador principal de células sanguíneas.<sup>14/</sup>

El período fetal se inicia con la novena semana después de la fecundación punto en el que el feto incluye todas sus partes corporales, si bien algunas todavía están en sus primeras etapas de desarrollo. El período fetal se caracteriza por el crecimiento, la maduración, el desarrollo funcional y la modificación de las proporciones relativas entre las partes corporales y no en la agregación de otras nuevas, y conlleva la aparición de vello fino y suave al que se denomina lanugo, en toda la superficie corporal. Por otra parte, las glándulas sebáceas secretan el producto que les da el nombre, mismo que se mezcla con las células que se desprenden de la epidermis y forman el unto sebáceo (vérnix caseosa), que protege a la piel fetal contra los efectos de la prolongada inmersión en el líquido amniótico. El feto se duerme y despierta; mueve los brazos y piernas; se flexiona; cambia por completo de posición; succiona; de

<sup>14/</sup> Watson Hawkins, Joellen et.al.; Enfermería ginecológica y obstétrica, p. 120.

glute; lleva a cabo movimientos respiratorios audibles en los últimos meses por ultrasonido; experimenta hipo y responde a los ruidos y, conforme se incrementa su tamaño, sus movimientos hacen evidente para la embarazada la presencia del propio feto.

Durante los últimos tres meses, los sistemas y órganos se desarrollarán completamente, así que podrán funcionar independientemente fuera del útero.<sup>15/</sup>

Es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud ha señalado que "desde el punto de vista fisiológico, el embarazo no puede ser considerado como un simple crecimiento de un feto sobreañadido al metabolismo de la mujer." El desarrollo del feto se acompaña de cambios importantes en la composición y metabolismo de la madre.<sup>16/</sup>

Asimismo, el embarazo afecta al organismo materno en su totalidad, pero de manera especial a órganos genitales y mamas, ya que éstos sufren cambios que modifican su anatomía y fisiología en forma importante.

Cambios en el útero: durante la gestación hay un incremento muy grande en su tamaño y capacidad.

---

<sup>15/</sup> Ibidem., p. 232.

<sup>16/</sup> Friedman A., Emmanuel; Obstetricia, p. 53.

El cérvix presenta reblandecimiento y cianosis, hiperplasia e hipertrofia de las glándulas cervicales, alteraciones en la mucosa cervical, que dan lugar a la producción del tapón mucoso. A partir del cuarto mes del embarazo, hay incorporación de fibras cervicales a la porción intermedia del útero, con lo cual se forma progresivamente el segmento uterino.

En los ovarios los cambios principales que se presentan durante el embarazo son:

Supresión del desarrollo folicular y, por tanto, de la ovulación, crecimiento del cuerpo amarillo funcionante hasta 10 a 12 semanas, aparición de una reacción decidual importante en la superficie ovárica.

Las trompas de falopio sufren hipertrofia moderada, aumenta la vascularización y disminución de la motilidad tubaria.

En la vagina hay un aumento de la vascularización con coloración violácea, secreción abundante (leucorrea blanquecina) con pH 3.5 a 6 por alto contenido de ácido láctico, que sirve para proteger al cérvix de la infección de bacterias patógenas. Hay además, aumento del espesor de la mucosa, relajamiento de tejido conectivo, hipertrofia de fibras musculares lisas.

En las mamas se observan los cambios siguientes, durante el embarazo:

Aumento de sensibilidad, incremento de tamaño, presencia de nódulos palpables por hipertrofia alveolar, congestión de venas superficiales (red venosa de Haller), aparición de la areola secundaria, mayor excitabilidad del pezón, aparición de tubérculos de Montgomery y, en ocasiones, la presencia de un líquido llamado calostro.

### 1.3 Aborto

La hemorragia siempre conlleva un incremento importante en el riesgo obstétrico,<sup>17/</sup> es así como las causas principales de sangrado prenatal son:

Aborto

Embarazo ectópico

Mola hidatiforme

Placenta previa

Desprendimiento prematuro de placenta

El aborto es la interrupción de la gestación antes de que el feto haya adquirido condiciones de viabilidad para continuar su desarrollo fuera del cláustro materno.

---

<sup>17/</sup> Watson Hawkins, Joellen, op.cit., p. 232.

### 1.3.1 Clasificación.

Los signos y síntomas del aborto, así como su tratamiento, van a depender de la variedad clínica de que se trate, esta razón se clasifica en:

Amenaza de aborto

Aborto inevitable o inminente

Aborto completo

Aborto incompleto

Aborto diferido o fallido

Aborto habitual

Aborto provocado:            De tipo terapéutico  
   Criminal o séptico

La amenaza de aborto se define como la hemorragia de origen intrauterino, con contracciones uterinas o sin ellas. Los síntomas que la acompañan son: algo de sangrado vaginal, dolores espasmódicos semejantes a los que aparecen durante la menstruación o dolor de espalda. La hemorragia es frecuentemente, ligera, persistente por muchos días, e incluso por semanas. En ocasiones la hemorragia es fresca y por tanto roja, varía de color con la cantidad de moco mezclado. Cuando la descarga consiste en sangre vieja, el color es marrón oscuro. En la amenaza de aborto el cérvix se encuentra formado y cerrado.

El tratamiento para la amenaza de aborto consiste en:

Restringir actividad física de la paciente; reposo absoluto en cama.

El coito tiene que ser prohibido durante la hemorragia y durante dos semanas después de su interrupción.

Tranquilizar a la paciente y explicarle su problema.

Si se administran hormonas (del tipo de la progesterona) es conveniente que se haga en casos de deficiencia del cuerpo lúteo; pues algunas de éstas pueden producir virilización del feto hembra.

Si en una fase precoz del embarazo se produce la expulsión repentina de líquido, que sugiere la ruptura de las membranas, antes de que la paciente sangre o tenga dolor, puede ser colocada en cama y se mantendrá en observación a fin de controlar las pérdidas ulteriores de líquido, hemorragia, escalofríos o fiebre.

Si después de 48 horas no ha habido un escape de líquido amniótico nuevamente, ni hemorragia o dolor, y no ha habido fiebre, la paciente puede levantarse. Pero si vuelve a aparecer la salida de líquido con sangrado, dolor abdominal o si aparece la fiebre, el aborto tiene que ser considerado inevitable, puesto que además, se

advierte dilatación continua y progresiva del cuello uterino. El tratamiento en este caso es el siguiente:

Terminar con rapidez el embarazo para ahorrar tiempo, esfuerzo, sangre y conservar la salud de la paciente.

Inducir el trabajo de aborto con oxitoxina en caso necesario y efectuar el vaciamiento uterino.

Si por el orificio cervical pasan uno o dos dedos, se extrae manualmente el contenido del útero, sea intacto o en fragmentos.

Cuando hay dilatación insuficiente del orificio cervical, se realiza la dilatación digital o con dilatadores metálicos.

La dilatación debe ser calculada y lenta, para impedir desgarros y se necesita anestesia.

Existe el peligro de perforar el útero con los instrumentos y por esta razón, el raspado de este órgano debe hacerse con pericia, habilidad, cálculo y suavidad, la cavidad debe ser explorada después del vaciamiento, con los dedos de la mano o con una sonda, para asegurar que el miometrio está intacto. Cabe emplear raspado instrumental o por aspiración.

**Administración de antibióticos.**

En el aborto completo el producto entero de la concepción es expulsado, por lo que si el útero se ha vaciado completamente, no hay necesidad de mayor interferencia. El médico debe tener siempre la seguridad de que el útero se ha vaciado.

Los síntomas que se presentan son: dolor abdominal, expulsión del producto de la gestación y sus anexos, hemorragia uterina y permeabilidad del cuello uterino. Aún cuando sea considerado como aborto completo, el tratamiento también incluye el legrado uterino.

Cuando parte del producto de la concepción se retiene en el útero y el sangrado persiste, el aborto es incompleto, éste se acompaña de sangrado abundante, persistencia de dolor abdominal, cérvix permeable. En este caso, será necesario realizar un legrado uterino para cohibir la hemorragia ininterrumpida.

Un aborto diferido o fallido es aquel en el que el feto muere y no se expulsa, sino que se retiene algún tiempo, por lo general unas 6 u 8 semanas. En este tipo de aborto:

Los signos tempranos del aborto ceden y la paciente piensa que ha sufrido una amenaza de aborto.

Meses o semanas más tarde advierte que el abdomen no aumenta de tamaño y, por lo contrario, disminuye.

El médico palpa un útero duro, que no tiene la dureza de un mioma ni la blandura elástica característica del embarazo normal, sino consistencia intermedia.

Hay regresión del volumen de las mamas.

A menudo hay hemorragia vaginal variable.

Posiblemente el tratamiento de elección es la inducción con una inyección intravenosa repetida de oxitoxina o por dilatación cervical, con legrado instrumental o por aspiración; posterior a éste, administración de antibióticos.

El aborto habitual es una serie de abortos que ocurren aproximadamente al mismo tiempo en embarazos sucesivos de una paciente.

Los factores etiológicos de un aborto habitual son los mismos que para cualquier variedad clínica de aborto; entre los que se encuentran:

Anormalidades anatómicas o cromosómicas.

Medio anormal intrauterino.

Placenta infartada, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.

Infecciones maternas, anormalidades en los órganos de la reproducción.

Factores teratógenos como fármacos, radiación, infecciones por virus, y más comunmente, el aborto habitual es ocasionado por una insuficiencia cervical (del orificio interno del cérvix), en este caso la mujer experimenta dilatación indolora y parcial del cérvix en el segundo trimestre, seguida por rotura de membranas y expulsión bastante rápida de un producto inmaduro.

El tratamiento en un aborto se dirige a la corrección del factor causal; como puede ser: la corrección de deficiencias nutricionales, disfunciones tiroideas, anomalías uterinas, alteraciones psicológicas.

En el caso de cérvix incompetente, el tratamiento es quirúrgico y consiste en reforzar el cérvix mediante algún tipo de sutura. Esto se realiza mejor después del primer trimestre, pero antes de alcanzar una dilatación de 4 centímetros, si es posible. La hemorragia y los calambres constituyen contraindicaciones para la cirugía.

En lo que respecta al aborto provocado de tipo terapéutico que es el término del embarazo antes de la viabilidad fetal, con el propósito de proteger la salud de la madre; existen algunas indicaciones aceptables:

1. Cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o afectar seriamente su salud (cardiopatía, una vez superada su descompensación, carcinoma de cérvix, enfermedad hipertensiva avanzada).
2. Cuando el embarazo ha sido consecuencia de violación o incesto.
3. Cuando la continuación del embarazo se cree va a dar lugar al nacimiento de un niño con deformaciones físicas graves o con retardo mental. En cuanto a esta última muy pocos aceptan que se provoque el aborto bajo esta condición.<sup>18/</sup>

#### Complicaciones:

Las complicaciones que ocurren en un aborto son: infección, insuficiencia renal aguda, choque bacterémico, coagulopatía, perforación uterina con pelviperitonitis, anemia, hemorragia, choque hipovolémico, endometritis post-aborto y esterilidad.

La infección por aborto es causada generalmente por los gérmenes patógenos de la flora intestinal. Muy a menudo la infección está confinada al útero en forma de metritis, aunque la parametritis, la peritonitis (localizada o general) e incluso la septicemia no son raras.

---

<sup>18/</sup> Pritchard A. Jack, op.cit., pp. 485-487.

El tratamiento de la infección incluye la evacuación diligente de los productos de la concepción, una vez que se hayan administrado antibióticos. Aunque las infecciones ligeras pueden tratarse de manera satisfactoria con antibióticos de amplio espectro en la dosis habitual, cualquier infección grave tiene que ser atacada con gran energía desde muy al principio.

La infección pélvica crónica originada en un aborto, puede producir abscesos pélvicos que habrá que drenar a través del fondo de saco vaginal posterior.

En otros casos es necesario extraer por vía abdominal los órganos de la reproducción, que no debe diferirse hasta que la paciente esté muy grave.

La insuficiencia renal aguda aparece en pacientes después de aborto, como resultado de la infección y el choque, o bien por acción nefrolítica de algún medicamento ingerido para producir aborto. Hay que observar con todo cuidado el volumen de orina expulsado y, si aparecen oliguria o anuria, buscar de inmediato la consulta apropiada con el especialista. Algunas de estas pacientes mejoran con el tratamiento a base de diálisis peritoneal o hemodiálisis.

Por otra parte, se desconoce el mecanismo preciso por el que aparece la coagulación intravascular diseminada; en la circulación aparece trombina libre, la coagulación diseminada ocurre al transformarse el fibrinógeno en fibrina y de ello resulta la coagulopatía por consumo. Hay disminución importante en el número de plaquetas y también en los niveles circulantes de fibrinógeno, factores V, VIII y XIII y en menor grado, de la protrombina. El resultado final puede ser un grado mínimo de hemorragia anormal que sea subclínica y que ceda por sí sola y, en el peor de los casos, presentar hemorragia anormal, rebelde y llevar a la sangría por incoagulabilidad total de la sangre. La aparición de la coagulación intravascular diseminada, su gravedad y su respuesta al tratamiento, es valorado por estimaciones seriadas de los siguientes parámetros:

1. Número de plaqueta disminuido. Se sabe que el monómetro de fibrina recubre las plaquetas y las hace menos funcionales. En consecuencia, el tiempo de sangría es un índice más fidedigno de la coagulabilidad de la sangre.
2. Nivel de fibrinógeno disminuido en el plasma.
3. Tiempo de protrombina prolongado.
4. Tiempo parcial de tromboplastina prolongado.

El tratamiento para la coagulación intravascular diseminada consiste en:

Eliminar el problema básico, con la mayor rapidez posible.

Si no hay hemorragia, no habrá necesidad de tratar la coagulopatía, pues espontáneamente mostrará remisión al corregir la enfermedad primaria.

Si existe hemorragia, evitar la hipovolemia con administración de solución de Ringer lactada u otro líquido intravenoso adecuado. Se administrará sangre recién obtenida o eritrocitos conglomerados ("paquete globular") sólo si se necesita para tratar el posible choque hemorrágico coexistente.

En el comienzo se administrarán por vía intravenosa 5 000 a 15 000 unidades de heparina y después se administrarán 10 000 a 30 000 unidades de esta sustancia en 24 horas, por goteo intravenoso continuo.

La administración de heparina debe interrumpirse tan pronto se haya eliminado el problema básico, la hemorragia ceda y las cifras de los exámenes de laboratorio se normalicen. Sin embargo, una vez logrado lo anterior, las cifras deben ser estimadas por un período de 24 horas, para detectar cualquier signo de reaparición de la coagulopatía.<sup>19/</sup>

### 1.3.2 Aborto séptico.

Todas las variedades de aborto pueden coincidir con infección y constituir aborto séptico; el que es considerado como la terminación del embarazo antes de la semana 20 de gestación y de que el feto sea viable, acompañado de infección de las partes del producto de la concepción y de la cavidad uterina.

#### 1.3.2.1 Etiología.

Los gérmenes causales de la infección en el aborto son de los gram negativos: la *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomona aeruginosa*, *Aerobacter aerógenes*, *Proteus vulgaris*, *Micrococos*, y dentro de los gram positivos están el estreptococo y el estafilococo aureus.

Lo anterior guarda relación con la información reportada entre la casuística de pacientes atendidas por aborto séptico en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social; en el 92% de los casos el agente causal es la *Escherichia coli* y el aborto en relación al número de partos varía en uno por cada siete puerperios posparto, y uno por cinco en diferentes estadios de aborto.

### 1.3.2.2 Sintomatología y tratamiento.

Los síntomas en el aborto séptico dependen del estadio en que se presente, es así como en el estadio I: la paciente presenta escurrimiento genital hematopurulento y síndrome febril. La infección se localiza en la cavidad uterina, restos del embrión o anexos. En el estadio II: la infección se ha propagado a los anexos o sistemas de fijación del útero. Hay alteraciones hemodinámicas de origen tóxico y/o pelviperitonitis. En el estadio III: la infección rebasa la pelvis con participación del peritoneo abdominal. Agravamiento del estado tóxico infeccioso y shock bacterémico y en el estadio IV, hay shock séptico grave e irreversible. Existe hemólisis intravascular con ictericia, hematuria, coagulación intravascular diseminada y/o insuficiencia renal aguda. Gangrena uterina por bacterias gram negativas o anaerobios.<sup>20/</sup>

Respecto al aborto séptico complicado por una infección persistente, aparentemente resistente, o con pruebas de una sepsis dominante, como se observa en el shock bacteriano, ha resultado eficaz la antibiototerapia intravenosa con dosis semejantes de penicilina y clo-ranfenicol, de 2 a 4 gramos por día.<sup>21/</sup>

<sup>20/</sup> Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del I.M.S.S., Ginecología y Obstetricia, pp. 399-400.

<sup>21/</sup> Pritchard A., Jack; op.cit., pp. 497-498.

El choque séptico es un estado de colapso circulatorio desencadenado por el paso de sustancias tóxicas (dependiente de la difusión de bacterias), producto de éstas (endotoxinas) o de ambos, al torrente circulatorio a partir de un proceso infeccioso.

El choque bacteriano es una complicación rara, aunque a menudo mortal, del aborto infectado. Este se caracteriza por hipotensión, pulso rápido filiforme, fiebre, escalofrío, útero voluminoso y señales de infección extensa, incluyendo peritonitis generalizada.

La patogenia del choque por endotoxinas no la conocemos bien, pero está comprobada la brusca insuficiencia circulatoria que acompaña a la infección siderante, casi siempre con bacterias gram negativas. La brusca dispersión de gran número de bacterias, o más, específicamente el lipopolisacárido tóxico, liberado en ocasión de la lisis de la invasión de bacterias, es lo que producirá el choque. El mecanismo puede ser coagulación intravascular diseminada, vasoconstricción periférica o de esfínteres, pérdida generalizada del tono vascular o una combinación de estos factores y otros desconocidos.

El régimen terapéutico en pacientes de riesgo elevado incluye antibióticos, vasopresores, corticosteroides, sangre completa, oxígeno, raspado temprano y, si es necesario, laparotomía. En términos gene-

rales la mayoría de las pacientes con piel caliente y seca y presión venosa central baja o normal, son candidatas a la administración de agentes vasoconstrictores (por ejemplo metaraminol), en tanto que las que tienen piel fría, húmeda, con cifras altas de presión genosa central o entre el límite normal y anormal superior, son mejores candidatas para los agentes vasodilatadores (por ejemplo isoproterenol), que se administran por goteo intravenoso continuo.

Si no es posible hacer el legrado fácilmente, a través de la vagina o si parece que la infección se ha diseminado por fuera del útero, habrá que considerar la posibilidad de histerectomía, con la extirpación de tejido adicional o sin ella.

La hemólisis y la insuficiencia renal, resultados de la septicemia y la acción de la exotoxina producida por estos microorganismos (bacterias), suelen ser mortales. Se recomienda el tratamiento con dosis masivas de antibióticos, antitoxina polivalente e histerectomía inmediata, sin tomar en consideración el legrado y sin esperar los resultados de los cultivos bacteriológicos.

Dentro del tratamiento de un aborto séptico, la terapéutica variará en cada caso en particular, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente; considerando además las siguientes medidas generales:

Biometría hemática; grupo y Rh.

Canalización de vena con catéter

Hidratación adecuada y transfusión en caso necesario.

Valoración anestésica.

Anestesia general o con bloqueo.

Aplicación de antibióticos previo al legrado.

Aplicación de oxitóxicos durante el legrado.

Las pacientes con aborto infectado, útero relativamente pequeño, infección localizada en útero, febrículas y presión arterial estable, requieren de un programa conservador a base de bactericidas, según el germen descubierto, agentes uterotónicos para lograr la evacuación del contenido espontáneamente, líquidos y electrolitos. Después de 24 a 48 horas, hay que efectuar el vaciamiento quirúrgico del útero por raspado.<sup>22/</sup>

Si se mencionó que el microorganismo más frecuente que ocasiona abortos sépticos es la *escherichia coli*, siempre que no haya contraindicación por hipersensibilidad, se debe iniciar la administración de un antibiótico como la Kanamicina o la Gentamicina, la finalidad es abarcar todas las posibilidades antimicrobianas.

Se debe continuar el uso del esquema instituido durante 3 ó 4 días,

---

<sup>22/</sup> Friedman A., Emmanuel, op.cit., p. 376.

después de que las manifestaciones clínicas hayan cedido.<sup>23/</sup>

En este caso en particular, el esquema antibiótico que siguió la paciente fue:

Penicilina sódica cristalina 5 millones I.V., cada 4 horas, más gentamicina 80 mg., I.V., cada 8 horas.

Las variedades clínicas de aborto antes mencionadas han coincidido en el tratamiento de vaciamiento uterino ya sea por aspiración (succión) o por legrado uterino, es así como desde el punto de vista médico, existen distintas etapas en las cuales varía el peligro que corre la vida o la salud de la mujer embarazada. Así tenemos que desde la falta de menstruación hasta la séptima semana, el riesgo es mínimo; lo cual se debe a que la placenta no se ha desarrollado aún y, en consecuencia, no hay una importante irrigación sanguínea, en este período el aborto consiste únicamente en la extracción de la decidua, donde se encuentra implantado el óvulo fecundado, el método más practicado es el de succión, este procedimiento requiere al máximo entre cuatro y ocho horas de hospitalización y puede ser practicado por personal paramédico especialista.

Entre la octava y la duodécima semana el embrión se ha convertido

---

<sup>23/</sup> Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del I.M.S.S., A.C., op.cit., p. 403.

en feto y su extracción requiere una técnica más enérgica. La técnica utilizada normalmente es el legrado, que requiere la participación de personal capacitado profesionalmente. La hospitalización en este caso es entre 12 y 24 horas, si no hay complicaciones.

De la decimotercera y la decimoquinta semana, la placenta se encuentra en una etapa en que ha desarrollado ampliamente la irrigación sanguínea y dado que el feto ha alcanzado un mayor grado de evolución, no es posible normalmente realizar su expulsión por la vía vaginal, por lo que es necesario esperar a que la placenta se encuentre en otra etapa de evolución para poder realizar el aborto. Contraindicado utilizar en esta etapa el método de succión, por el tamaño del feto y, en caso de llegar a practicar el aborto, lo recomendable es la inducto conducción mediante las técnicas de introducción de soluciones oxitóxicas, salinas y hormonales en el organismo de la mujer que producen contracciones uterinas y provocan la expulsión del feto.

La práctica del aborto debe hacerse en las primeras semanas del embarazo en los casos en donde las razones así lo determinen, porque es cuando menos riesgo corre la vida de la mujer y las posibilidades de complicación son bastante reducidas.<sup>24/</sup>

---

24/ Pérez Carrillo, Agustín, et.al., Modelo de política legislativa, aplicación al caso del aborto en México, p. 51.

El aborto quirúrgico a través de la vagina es realizado con dilatación del cérvix y extracción de los productos de la concepción mecánicamente o con la técnica de aspiración al vacío (legrado por succión) o ambas.

El cérvix es dilatado suavemente con dilatadores de Hegar hasta que pueda insertarse un aspirador de vacío con cucharilla de succión de tamaño adecuado. El aspirador es trasladado sistemáticamente sobre la superficie, para cubrir eventualmente toda la cavidad uterina. Una vez que se ha realizado ésto y no se aspira más tejido, se finaliza el procedimiento; entonces se utiliza el legrado suave con una pequeña cucharilla cortante, si se piensa que es posible que la placenta o las partes fetales permanecen en el útero.

En algunos casos la histerectomía es preferible a la dilatación y el legrado o a la inducción médica.

#### 1.3.2.3 Aspectos sociales del aborto séptico.

Los factores etiológicos del aborto provocado de tipo criminal, que es la interrupción del embarazo provocada de manera intencional, por ser éste un embarazo no deseado, la mayoría de las veces, son los siguientes:

En mujeres de clase humilde, mujeres casadas y con más de cuatro hijos y con graves problemas económicos. Sin embargo, el aborto es un problema común en todos los niveles socioeconómicos.<sup>25/</sup>

Sin embargo, es en las mujeres con un nivel socioeconómico bajo y por consiguiente sin medios económicos suficientes y con un nivel educativo mínimo, en las que la frecuencia de aborto séptico es más alta, además de que algunas son también madres solteras; las maniobras abortivas se realizan con introducción de sondas contaminadas, toma de infusiones oxitóxicas (té) con alto grado de toxicidad, con agujas de tejer o mediante la colocación en la zona vaginal de pastillas de permanganato, las cuales, al quemar las paredes de la vagina, les provoca hemorragias serias y complicaciones graves sin producirles el aborto; sin tomar en cuenta los riesgos físicos y legales que corren. Además de que existe un elevado número de muertes de mujeres que abortan o pretenden abortar, como consecuencia de las malas condiciones de higiene en las que se les practica el aborto.

El aborto como delito sólo puede definirse dentro del encuadre jurídico de cada país, es decir, que en cada caso resultará delito aquella interrupción del embarazo penado por la Ley respectiva. Algu-

---

25/ Villagarcía, Rocío, et.al., El mundo clandestino del aborto, p. 5.

nos países lo definen explícitamente en sus códigos, en otros casos se define indirectamente por el tipo de delitos bajo el cual se menciona ("delitos contra la vida") por las excepciones legales admitidas; por lo exigido en los códigos de procedimientos y por lo que la jurisprudencia ha ido fijando a través de sus sucesivos fallos. En todo ello se apoya la doctrina legal que definirá el aborto, delito en cada caso en particular.<sup>26/</sup>

Es así como en 18 países, todo aborto sin excepción es ilegal; en América Latina toman este criterio los siguientes países: Bolivia, Colombia, República Dominicana. El Salvador, Haití y Panamá. En otros veinticinco países del mundo el aborto solamente se permite si la vida de la mujer embarazada está en peligro, entre éstos: Chile, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Venezuela. Unos países liberalizados un poco más, permiten el aborto considerando razones jurídicas, como por ejemplo: raptó, violación o incesto; es el caso de Brasil, México y Uruguay. A estas razones se agregan las consideraciones médicas en Argentina, Costa Rica, Ecuador, Cuba, Honduras y Perú. En los demás países los motivos para realizar el aborto son más amplios, de tipo social o porque así lo desea la mujer embarazada; en esta situación no se haya ningún país latinoamericano.<sup>27/</sup>

<sup>26/</sup> Dante Calandra, et.al., Aborto, estudio clínico, psicológico, social y jurídico, p. 258.

<sup>27/</sup> Villagarcía, Rocío; op.cit., p. 130.

En el caso de México, en particular, algunos autores mencionan que la actual legislación sobre el aborto en el Distrito Federal, en principio lo prohíbe y sólo lo permite con ciertas reservas; en el caso de que la mujer embarazada corra peligro de perder la vida; no lo estima punible cuando el embarazo ha sido resultado de una violación ni cuando es causado por imprudencia de la mujer embarazada, ésto se plantea como una cuestión de salud pública que surge a partir de la falta de eficacia de las normas que como principio general prohíben el aborto, pues los particulares transgreden dichas prohibiciones y normalmente las autoridades no aplican las sanciones correspondientes; cuando son sometidos a su competencia algunos casos eventuales.<sup>28/</sup>

Lo cierto es que hay más o menos un millón de mujeres que abortan cada año aquí en México. Es un hecho social, real, que no se puede negar. Como es ilegal, esas miles de mujeres se arriesgan en la clandestinidad, con gente que no está preparada para hacer un buen trabajo, poniendo su vida en peligro.

De 600 000 abortos al año, aproximadamente 40 000 terminan en muerte de mujeres; de las pacientes que acuden a los hospitales con complicaciones por prácticas abortivas hechas en forma clandest-

---

<sup>28/</sup> Pérez Carrillo, Agustín, op.cit., p. 23.

tina mueren por infección del 2 al 10%, ahora bien, de las mujeres que sobreviven, un gran número sufre de secuelas que llegan hasta la esterilidad permanente, a raíz de graves infecciones que contraen, como consecuencia de la falta de higiene en la que se practican los abortos clandestinos, así como la falta de preparación de las personas que los realizan.<sup>29/</sup>

Y aunque al aborto se da en toda clase social, entre más bajo es el nivel socioeconómico de la persona que se causa el aborto, la utilización de maneras cruentas o agresivas para la inducción del aborto es más frecuente.

La población de nivel socioeconómico más elevado, mínima en el país, tiene una natalidad baja a base de anticonceptivos. La tasa de abortos inducidos es baja porque sólo se utilizan cuando ha fracasado un anticonceptivo. Obviamente carece de trascendencia nacional el problema de este grupo, por las siguientes razones: a) la población del país dentro de este estrato es muy limitada, no llega al 5%; b) la frecuencia del aborto es baja en este grupo; c) estos abortos se complican menos, ya que dado el nivel económico y cultural de la población, seguramente son practicados por médicos.<sup>30/</sup>

---

<sup>29/</sup> Ibidem., p. 28

<sup>30/</sup> Villagarcía, Rocío, op.cit., p. 132.

El conocimiento de los riesgos de aborto, en comparación con los riesgos de permitir que continúe el embarazo, es esencial para el asesoramiento adecuado de la mujer que desea un aborto, ya que, en algunos casos, la mujer embarazada tal vez desee evitar el aborto y permitir que el embarazo continúe si pueden resolverse los problemas sociales y económicos. Especialmente en estas circunstancias, unos asesores bien informados, compasivos, son de gran valor. En cualquier caso, a causa de los riesgos de aborto, inmediato o lejano, el asesoramiento debe ser un intento para promover la interrupción precoz del embarazo o la terminación del mismo, más que aplazar la decisión hasta más allá del primer trimestre, para optar después por el aborto.<sup>31/</sup>

Psicológicamente el aborto como cualquier procedimiento médico-quirúrgico, que afecta las funciones de reproducción en el ser humano, puede provocar conflictos psicológicos y alteraciones emocionales, en virtud de que se siente la afectación del desarrollo normal de las funciones corporales a las que aspira toda persona y, también desde el punto de vista psicológico, una mujer que no desea un hijo y que se ve presionada a tenerlo, puede padecer problemas emocionales graves como resultado del hecho de haber doblegado su voluntad ante cualquier tipo de exigencia social. Los conflictos emocionales

---

<sup>31/</sup> Pritchard A. Jack, op.cit., p. 490.

en la mujer que aborta son la depresión, la angustia y los sentimientos de tristeza, de vergüenza, de indignidad y de culpa.<sup>32/</sup>

Sin embargo, se debe considerar que los conflictos psíquicos que enfrenta una mujer ante su decisión de abortar serán presumiblemente menores que aquellos que resultan del embarazo, parto y crianza de un hijo no deseado, pues de lo contrario el resultado del destino de un hijo no deseado es el hijo producto del "ni modo", y él, según el nivel cultural y la capacidad económica en que se desarrolle, seguirá diferentes caminos para convertirse, de cualquier manera, en un adulto inseguro que sufrirá un trauma permanente y seguirá sintiéndose siempre como algo no deseado.<sup>33/</sup>

---

<sup>32/</sup> Pérez Carrillo, Agustín; op.cit., p. 30

<sup>33/</sup> Villagarcía, Rocío; op.cit., p. 144

#### 1.4 Historia Natural de Aborto Séptico.

##### Período prepatogénico:

**Concepto:** El aborto séptico se define como la terminación del embarazo antes de la semana 20 de gestación y de que el feto sea viable, acompañado de la infección de las partes del producto de la concepción y de la cavidad uterina.

**Agente:** Gram negativas; *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Aerobacter aerógenes*, *Proteus vulgaris*, micrococcos. Gram positivas: *Estreptococo*, *Estafilococo aureus*.

**Huésped:** Mujeres embarazadas que han abortado en las primeras 20 semanas de gestación. En todas las edades de etapa reproductiva.

**Ambiente:** Se presenta en cualquier nivel socioeconómico y cultural, más frecuentemente en el bajo.

##### Período patogénico:

**Alteraciones bioquímicas:** anemia, leucocitosis.

**Alteraciones tisulares:** hemorragias de la decidua basal y de los tejidos adyacentes, inflamación de células endometriales.

Cambios degenerativos en el trofoblasto.

**Signos y síntomas inespecíficos:** fiebre de 39 a 40°, malestar general, astenia, adinamia, presencia de sangrado transvaginal, dolor abdominal, cefalea.

**Signos y síntomas específicos:** en el estadio I: escurrimientos genital hematopurulento y síndrome fabril.

En el estadio II: infección propapagada a los anexos y hay alteraciones hemodinámicas de origen tóxico y/o pelviperitonitis.

En el estadio III: la infección rebasa la pelvis con participación del peritoneo abdominal. Agravamiento del estado tóxico infeccioso.

**Complicaciones:** la paciente entra ya en el estadio IV y presenta: shock séptico grave e irreversible, hemólisis intravascular con ictericia, hematuria, coagulación intravascular diseminada, y/o insuficiencia renal aguda, hemorragia y shock hipovolémico, esterilidad.

La muerte se presenta por shock séptico y/o gangrena uterina.

Los niveles de prevención incluyen:

Prevención primaria:

Promoción de la salud:

Charlas educativas sobre fomento de la salud y prevención de las enfermedades. Educación higiénica: saneamiento ambiental y de la vivienda. Higiene personal, higiene de los alimentos. Control médico periódico para chequeo de la salud. Visitas al ginecólogo para detectar oportunamente cualquier patología (detección oportuna de cáncer cérvico-uterino), detección oportuna de cáncer mamario. Educación sexual. Educación sobre higiene del embarazo y control médico prenatal.

Protección específica:

Charlas educativas sobre métodos de planificación familiar.

Charlas educativas sobre el tema del aborto; desde el punto de vista biológico, psicológico, social y jurídico. Charlas sobre factores de riesgo durante el embarazo. Explicar a la paciente la importancia del seguimiento del calendario de visitas.

Charlas sobre los signos de alarma durante el embarazo. Recibir tratamiento adecuado en cualquier tipo de aborto no séptico.

**Prevención secundaria:****Diagnóstico precoz:**

Historia clínica, exploración física, exámenes de laboratorio; cuantificación de gonadotropinas coriónicas, biometría hemática; química sanguínea, examen general de orina, tiempo de sangrado y coagulación, recuento plaquetario. Gasometría (PCO<sub>2</sub> y PO<sub>2</sub>), cultivo de secreciones genitales.

Estudios de gabinete: ecosonografía, Rayos X simple de abdomen, diagnóstico diferencial: Miomatosis uterina, perforación uterina, embarazo ectópico, mola hidatiforme, etc.

**Tratamiento oportuno:**

Reposo en cama para la amenaza de aborto. Tratamiento antibiótico; penicilina cristalina 30 000 000 U.I.; I.V. en 24 horas (5 000 000 I.V. cada 4 horas). Ampicilina 2 gramos I.V. cada 6 horas. Cefalotina 1a 2 g. I.V. cada 6 horas. Gentamicina 60 a 80 mg., cada 6 horas I.V. e I.M. Cirugía conservadora: legrado uterino. Cirugía radical: histerectomía abdominal con o sin aforectomía y salpingectomía bilaterales. En caso de aborto habitual por cérvix incompetente el tratamiento es quirúrgico y consiste en reforzar el cérvix mediante algún tipo de sutura.

**Prevención terciaria:**

**Limitación del daño:** orientación sobre los factores determinantes

causales de aborto. Visita al médico para control prenatal.

En cualquiera de las modalidades de aborto y en el aborto séptico,

dar tratamiento de acuerdo a los estadios I, II, III y IV,

aprovechando al máximo los recursos existentes. Determinar

el factor causal de la infección y erradicar el foco de la misma.

Orientación sobre la importancia de prevenir un embarazo precoz.

**Rehabilitación:**

Orientar a la paciente sobre métodos anticonceptivos. Propor-

cionar preparación y apoyo psicológico a la paciente y su pareja.

Orientación sobre la importancia de seguir el control periódico

con el ginecólogo. En caso necesario canalizar a la

paciente al psicoterapeuta. Orientar a la pareja sobre la pa-

ternidad responsable.

## 2. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

### 1. Datos de identificación:

Nombre: L.M.M.; Servicio: Embarazo de alto riesgo, hospitalización 2o. piso; No. de cama: 232; Fecha de ingreso: 08-06-85; Edad: 22 años; Sexo: femenino. Estado civil: soltera. Escolaridad: primaria. Ocupación: obrera; religión: católica; Nacionalidad: mexicana. Lugar de residencia: Cuauhtepc, Barrio Alto, D.F.

### 2. Nivel y condiciones de vida.

#### Ambiente físico

##### Habitación:

Características físicas: la habitación que ocupan ella y su hijo consta de iluminación y ventilación suficientes; pues tiene una ventana y dos puertas. Comparte la casa con una señora y sus hijas.

Tipo de construcción: está construida con tabique y el techo es de lámina de asbesto.

Número de habitaciones: la casa consta de tres recámaras, el comedor, la cocina y el baño, todas ellas con ventilación e iluminación suficientes.

Animales domésticos: hay en la casa dos perros vacunados con tra la rabia y un perico.

#### Servicios intradomiciliarios:

Agua: potable e intradomiciliaria.

Control de basuras: el camión recolector de basura pasa a recogerla dos veces por semana, mientras tanto ella la recolecta en botes.

Eliminación de desechos: cuenta con baño y drenaje.

Iluminación: es deficiente, pues algunas calles cuentan con muy poca luz como la de ella y otras no tienen todavía luz eléctrica.

Pavimentación: únicamente están delimitadas las banquetas y no existe la pavimentación.

#### Vías de comunicación:

Teléfono: existen teléfonos públicos.

Medios de transporte: servicio de autobuses y carros de transporte colectivo (peseros).

Recursos para la salud: un centro de salud, un hospital regional, consultorios particulares y dispensarios médicos.

### Hábitos higiénicos:

Aseo: baño de regadera y cambio de ropa cada tercer día.

De manos: cada que es necesario y siempre, después de ir al baño.

Bucal: cepillado de dientes tres veces al día.

Cambio de ropa personal: se cambia de ropa total cada tercer día y si lo considera necesario lo hace diariamente.

### Alimentación:

Desayuno: acostumbra a desayunar en su trabajo a las 8:00 a. m., en donde le proporcionan pan, café, cereal y avena.

Comida: igualmente, come en su trabajo a las 12:15 del día, a esta hora le proporcionan sopa caldosa, diferentes guisados que por lo regular incluyen carne y verduras, agua y postre.

Cena: acostumbra cenar entre las 8:30 y 9:00 de la noche, atole o café con pan y si hay guisado de lo que ella cocina, eso cena.

### Alimentos que originen:

Preferencia: tortas de papa

Desagrado: coliflor

Intolerancia: ningún alimento

**Eliminación:**

**Vesical:** al levantarse y por lo regular dos o tres veces al día.

**Intestinal:** al levantarse y más o menos dos o tres veces al día.

**Descanso:** la paciente refiere no tener tiempo para descansar.

**Sueño:** acostumbra acostarse entre las 9:30 y 10:00 de la noche, refiere un sueño normal, tranquilo, se levanta a las 4:30 ó 5:00 de la mañana.

**Diversión y/o deportes:**

Los sábados y domingos acostumbra visitar a una hermana o asistir a la función de cine, o bien, llevar a su niño al parque.

**Estudio y/o trabajo:**

Trabaja en una fábrica de cables llamada MACOPEL, S.A., en horario matutino, cuya hora de entrada es a las 6:00 de la mañana y salida a las 3:30 de la tarde.

**Composición familiar:**

<u>Parentesco</u>	<u>Edad</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Participación económica</u>
Hijo	año tres		
	meses	-----	-----

Dinámica familiar: aceptable, vive con su hijo. A la única que visita es a su hermana casada, tiene buenas relaciones con las personas con quienes vive.

Dinámica social: es una mujer adulta joven, la dinámica social es aceptable. Refiere tener amistades y convivir con ellas; además, tiene buenas relaciones con sus compañeros de trabajo.

Comportamiento: la paciente se define de carácter alegre, le gusta cantar y bailar, asistir a fiestas o reuniones sociales. Refiere que durante su embarazo anterior su carácter se tornó irritable, el igual que en el actual estado gravídico.

Rutina cotidiana: se levanta entre las 4:30 y 5:00 de la mañana, camina a su hijo y se lo lleva a casa de su hermana para que se lo cuide mientras ella se va a trabajar, sale de trabajar a las 3:30 de la tarde, va a recoger a su hijo, llega a su casa, hace el quehacer cotidiano, lava las mamilas, la ropa, prepara la cena y el atole de su hijo, si le toca bañarse lo hace, prepara sus cosas necesarias para el día siguiente y se acuesta a dormir con su bebé, para continuar al día siguiente con la misma rutina.

### 3. Problema actual o padecimiento:

Problema o padecimiento por el que se presenta: el sábado 10. de junio presentó cefalea, debilidad y malestar general. El jueves si-

guiente acudió a arreglar sus papeles del seguro social y pasó a consulta médica, donde le mandaron hacer determinación de gonadotropinas coriónicas. El viernes siguiente regresa al mismo servicio, le comunicaron que los resultados de las gonadotropinas fueron negativos, sin embargo, como presentaba fiebre de 39°C, salida de secreciones fétidas por vía transvaginal y dolor en hipogastrio, la envían de la clínica No. 24 al Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3-A donde ingresa con diagnóstico de aborto séptico. Ya en el hospital presenta vómito, diarrea y dolor abdominal.

La paciente atribuye los síntomas mencionados a que en días pasados, al saber que estaba embarazada se aplicó quinina en tres ocasiones, con la cual presenta contractilidad uterina esporádica. Días después acude con una comadrona y le aplica sonda transvaginal hasta el útero, con fines abortivos, por lo que presentó sangrado transvaginal escaso y posteriormente secreción fétida.

Con el diagnóstico de aborto séptico provocado, es trasladada al Hogopital de Gineco-Obstetricia No. 3 del I.M.S.S.

Antecedentes hereditarios y familiares: abuela materna viva, es diabbética, abuelo materno vivo, aparentemente sano.

Abuelos paternos: muertos, ignora la causa.

Padre muerto por cirrosis hepática.

Madre muerta por epilepsia. Tiene dos hermanos hombres de 8 y 10 años, tres hermanas mujeres de 9, 17 y 23 años, respectivamente, todos aparentemente sanos.

Antecedentes personales patológicos: refiere no haberse enfermado nunca, más que de cuadros gripales ocasionalmente. Refiere tener cuadro de inmunizaciones completo.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 11 años con un ritmo de 30 x 8; somnolencia y dismenorrea leve, inicia vida sexual activa a los 21 años. Dos compañeros sexuales. G 11, P 1, A 1, C 0.

Control médico prenatal durante su primer embarazo, fecha del parto el día 15-IV-1984; del cual se obtiene un producto único vivo, del sexo masculino y con peso de 3.400 Kg. En el actual embarazo la fecha de su última menstruación fue el día 23-III-1985, y a las 8 semanas le fueron practicadas las maniobras abortivas.

Antecedentes quirúrgicos: laparatomía exploradora por probable embarazo ectópico y/o perforación uterina.

Antecedentes alérgicos: transfusión sanguínea con reacción adversa

(urticaria y prurito) ésto, al realizarse el legrado uterino instrumental.

Comprensión o comentarios acerca del problema o padecimiento:

Refiere sentirse un tanto culpable por haberse provocado el aborto, pues piensa que no debió hacerlo, pero por otra parte considera que fue lo mejor, debido a la situación económico-social en la que se encuentra.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico: tratamiento y rehabilitación: la paciente refiere que la única que la visita es su hermana mayor y que en un principio, tanto ésta como las amistades con quien vive se molestaron mucho con ella, primero al saberla embarazada y más aún cuando abortó. La paciente refiere además, haber atravesado por una experiencia muy poco agradable, ya que se dió cuenta de que el haberse provocado el aborto pudo haberle costado y la vida y coopera de la mejor manera con su tratamiento para su pronta recuperación y para dedicarse a su hijo.

## II. Exploración física:

Cabeza: normocéfala, cabello normalmente implantado, largo y quebradizo, sin problemas de pediculosis. Oídos de altura simétrica y sin datos de patología.

**Cara:** alargada, ojos simétricos de color café claro, conjuntivas hidratadas, cejas simétricas; con vello tupido, nariz central sin datos patológicos.

**Boca:** labios delgados y pequeños, mucosa oral bien hidratada, dentadura completa, con presencia de algunas caries en los molares.

**Cuello:** de forma normal, no se palpan adenopatías ni tumefacciones.

**Tórax:** de forma normal, campos pulmonares limpios y bien ventilados, frecuencia cardíaca normal; 80 latidos por minuto.

**Glándulas mamarias** simétricas, poco desarrolladas y sin alteraciones, pezón no formado y sin salida de secreciones.

**Abdomen:** blando, doloroso a la palpación, presencia de herida quirúrgica en parte media, de forma vertical (consecuencia de laparatomía exploradora) para descartar diagnóstico de embarazo ectópico roto.

**Peristalsis intestinal** presente y normal, no se palpan visceromegalias.

**Genitales externos:** normales y con presencia de sangrado transvaginal escaso. Al tacto (realizado por el médico); útero doloroso, cervix blando, formado y cerrado, anexos y fondos de saco palpables y libres pero sumamente dolorosos.

Extremidades: miembros superiores normales al igual que manos y uñas. Miembros inferiores normales, sin presencia de micosis en las uñas.

Aspecto emocional: la paciente refiere que por el momento se siente un poco deprimida por haber actuado mal al haberse ocasionado el aborto, pero al mismo tiempo se encuentra tranquila, desconsolada de recuperarse pronto para trabajar y cuidar de su hijo y de ella misma, está consciente ahora de que es mejor prevenir un embarazo no deseado y no arriesgar su vida.

Medición, peso, talla: perímetro cefálico y torácico dentro de límites normales a la observación (sin medirlos), peso de 48 Kgs., talla de 1 mt. con 53 cms.

Resultados de laboratorio:

Fecha	Tipo	Cifras normales	Cifras del paciente
8-VI-85	Química sanguínea	Glucosa-60-100 mg.	115 mg.
		Urea-16-35 mg.	22.5 mg.
		Creatinina 0.75-1.2 mg.	1.0 mg.

Observaciones: el análisis cuantitativo de distintas sustancias químicas que se pueden hallar en la sangre en circunstancias normales y anormales, le dan al médico valiosísimos indicios para el diagnóstico

e informaciones que contribuyen a la realización de un tratamiento adecuado.

Los carbohidratos tales como la glucosa, son necesarios en el organismo para la producción de energía y calor. Se absorben en el intestino, pasando al torrente circulatorio y el exceso de almacena en el hígado en forma de glicógeno o se convierte en grasa visceral.

Hallaremos cifras altas de glucosa en la diabetes mellitus, en la pancreatitis, enfermedades infecciosas, en estados de tensión emocional muy acentuada, en algunas otras enfermedades.

La urea es un componente de la sangre que deriva del metabolismo de las proteínas en el hígado. La determinación de este componente en la sangre resulta útil por constituir un índice de la capacidad renal para excretar los productos de desecho a partir de la sangre; suele aumentar en las nefropatías severas, temperaturas elevadas, quemaduras, insuficiencia cardíaca y en algunos otros padecimientos.

La creatinina se excreta diariamente en forma constante, proviene de la creatina almacenada en los músculos, sirve como fuente de energía para el mecanismo de contracción.

Tipo	Cifras normales	Cifras del paciente
Biometría hemática	Hemoglobina 12.8-17 gr.	8.08 gr.
	Hematocrito 40-52 ml.	26 ml.
	C.M.H.G. 32-36%	30%
	Leucocitos 5 000-10 000	5.100
	T. Tromboplastina parcial	
	30-50"	39"
	T. Protrombina 80-100%	45%

Observaciones: la hemoglobina es producida en los glóbulos rojos en desarrollo (normoblastos). Está compuesta por el hem (un pigmento con capacidad de transporte de  $O_2$ ) y la globina (una proteína responsable del transporte de anhídrido carbónico). El hematocrito representa el volumen porcentual ocupado por los glóbulos rojos acumulados después de centrifugar la sangre.

Como en la mayoría de los casos de anemia, el hematocrito baja por debajo de lo normal, puede utilizarse para el diagnóstico de anemia. Su aumento se produce en condiciones tales como la deshidratación o ante la producción excesiva de glóbulos rojos, en la policitemia vera.

El tiempo de tromboplastina parcial es una prueba que se utiliza como método sensible de detección, para lo cual se utiliza una trombo-

plastina incompleta (parcial) y permite detectar todas las deficiencias salvo el factor VII y el plaquetario.

El tiempo de protrombina es una prueba que mide la actividad de la protrombina, al mismo tiempo que los factores I, V, VII y X.

Tipo	Cifras normales	Cifras del paciente
Examen general	Densidad 1003-1035	1030
de orina.	Ph 6 (ácido)	6
	Glucosa negativa	Negativa
	Acetona negativa	Negativa
	Hemoglobina negativa	Positiva
	Leucocitos menos de	
	10 leucocitos por campo	10-12 por campo
	Eritrocitos	20-25 por campo
	Cilindros	negativos por campo.

Observaciones: el análisis de orina de rutina consiste habitualmente en el examen del color, transparencia, la densidad, el Ph, proteínas, azúcar, acetona y cuerpos cetónicos cuando se halle indicado, así como de las estructuras microscópicas.

La densidad revela la posibilidad del riñón de eliminar productos de desecho y de concentrar la orina.

El Ph de la orina es el reflejo de la concentración de iones hidrógeno, o sea, de su acidez, la orina es habitualmente ácida. El Ph de la orina deberá determinarse en una muestra fresca, puesto que el almacenamiento de la misma la torna más alcalina debido a la producción de amoníaco por acción bacteriana.

La presencia de glucosa en la orina es anormal. Se halla azúcar en la orina en los casos de diabetes mellitus no controlada, en algunas alteraciones hormonales, luego de la ingestión de grandes cantidades de azúcares, en alteraciones renales y en ciertos casos de stress. Durante el embarazo puede producirse una glucosuria temporaria. El azúcar aparece en la orina una vez que se ha sobrepasado el umbral renal. Este umbral suele ser de 160 a 180 mg.% de azúcar en sangre.

En el metabolismo de ayuno, o en la diabetes, los vómitos prolongados u otros trastornos, no se llega a completar la acción de las grasas. Esto produce la acumulación de los cuerpos cetónicos en la sangre (cetosis) con la consiguiente excreción, en cantidades significativas, en la orina (cetonuria).

Los vestigios de proteínas en la orina son demasiado pequeños como para ser detectados en las pruebas habituales. En las pruebas habituales. En las afecciones renales, en una amplia variedad de afecciones circulatorias y en los estados febriles, así como debido al

uso de determinadas drogas, se produce una proteinuria significativa.

La orina que se ha eliminado en las primeras horas de la tarde o pocas horas después de la comida, contendrán albúmina con mayor facilidad; razón para recomendar la obtención de muestras frescas en la mañana.

El sedimento urinario está formado por partículas sólidas y elementos formes; puede ser de dos tipos: organizado, que es el más importante, y desorganizado. El primero incluye células, cilindros, bacterias, parásitos, levaduras y hongos. El sedimento desorganizado incluye cristales y material amorfo. En el sedimento organizado no es normal que se encuentren glóbulos rojos en el sexo masculino. En las mujeres pueden ser de origen menstrual. Algunas de las causas de hematuria son enfermedades infecciosas, drogas, inflamaciones, cálculos, traumatismos e infecciones de las vías urinarias.

Los leucocitos no deben encontrarse en número mayor de 1 por campo de gran aumento en hombres, o de 1 a 5 por campo de gran aumento en mujeres y niños. Cantidades mayores son índice de inflamación.

Los cilindros no se encuentran habitualmente en número significativo en la orina normal. Su número es muy pequeño en individuos nor-

males. Los cilindros se disuelven rápidamente en la orina alcalina, de ahí la necesidad de examinar las muestras en estado fresco antes de producirse la contaminación bacteriana.

## 2.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Paciente en etapa de adulto joven con edad aparente a la cronológica, madre soltera de un niño de año tres meses de edad, procedente de un nivel socioeconómico bajo, con escolaridad de sexto año de primaria, hábitos higiénicos aceptables, alimentación regular en calidad y cantidad.

Queda huérfana desde pequeña; su padre falleció por cirrosis hepática y su madre por epilepsia, una tía materna se hizo cargo de ella.

Inicia vida sexual activa a los 21 años de edad, sin uso de métodos anticonceptivos y, como consecuencia, se embaraza, por lo que al enterarse su tía la corre de su casa y se va a vivir con unas amistades que le permiten habitar un cuarto. Durante este primer embarazo tuvo control médico prenatal. El nacimiento del producto fue el 15-IV-1984; de sexo masculino con un peso de 3.400 Kg. Ha tenido dos compañeros sexuales.

Once meses después del nacimiento de su hijo, nuevamente presenta síntomas de embarazo; la fecha de su última menstruación fue el día 23-III-85, intenta abortar con la ingestión de quinina, la cual le produce contracciones esporádicas, por lo tanto acude con una partera empírica y le son practicadas maniobras abortivas mediante la introducción de una sonda transvaginal intrauterina.

Después de ésto presenta dolor abdominal, hipertermia, cefalea, debilidad, malestar general y salida de sangrado transversal escaso y fétido.

Acude a la consulta médica, es enviada al laboratorio para cuantificación de gonadotropinas coriónicas, el resultado es negativo.

Es trasladada al Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del Instituto Mexicano del Seguro Social, con diagnóstico de aborto séptico provocado; con fiebre de 39° C, deshidratación, anemia clínica, dolor en hipogastrio, vómito y evacuaciones diarreicas. Después de controlar la fiebre y de haber iniciado la ministración de antibióticos, se le practica laparatomía exploradora por probable embarazo ectópico y/o perforación uterina, comprobada la inexistencia de los diagnósticos anteriores, le realizan un legrado uterino instrumental y le son extraídos los restos ovulares del producto de la concepción. Durante el mismo, se le transfunde paquete globular y presenta reacción

postransfusional, se suspende inmediatamente y se transfunde plasma fresco sin ningún problema.

### 3. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre: L.M.M.; edad: 22 años; sexo: femenino; servicio: embarazo de alto riesgo; hospitalización 2o. piso. número de cama: 232.

Diagnóstico médico: aborto séptico.

#### 3.1 Objetivos:

Identificar y jerarquizar los problemas que manifiesta la paciente para brindar una atención de enfermería adecuada a cada uno de éstos y promover su pronta recuperación.

Orientar a la paciente sobre métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado y evitar la posibilidad de un aborto provocado con sus consecuencias.

Disminuir y/o eliminar los problemas que manifiesta la paciente, tales como: fiebre, escalofrío, sangrado transvaginal fétido e hipersensibilidad de útero y anexos, a través de acciones de enfermería específicas.

Orientar a la paciente sobre la forma de manejar de la mejor manera la depresión producida por el aborto y sus consecuencias.

Problema: Fiebre.

Manifestación clínica del problema:

La piel se torna caliente, ruborosa y con ligera sudoración. La paciente presenta además, taquicardia, cefalea y debilidad. El termómetro registra  $39^{\circ}\text{C}$  de temperatura.

Razón científica del problema:

La elevación de la temperatura corporal de más de  $37.5^{\circ}\text{C}$  constituye la fiebre, ésta se presenta en cuadros infecciosos, lesiones o neoplasias. El único factor patente en estas circunstancias es la lesión tisular de cualquier parte del organismo.<sup>34/</sup>

Los procesos patológicos que invariablemente causan fiebre son las infecciones, enfermedades del sistema nervioso central, neoplasias y accidentes vasculares. De todas ellas, las infecciones son la causa más frecuente, en este caso la infección intrauterina debida a un aborto séptico.

El metabolismo general se eleva de manera que se consumen más calorías y se produce más calor. El calor producido en aumento, no se disipa tan fácilmente, como ocurría antes que empezara la enfer-

---

<sup>34/</sup> Stanley Blacklow, Robert; Signos y síntomas, p. 452.

medad y aparece la fiebre. Los pirógenos endógenos que provienen de los leucocitos polimorfonucleares guardan relación con lesiones tisulares resultantes de infección por bacterias o virus.

La fiebre es producida indirectamente por un efecto en los centros reguladores de la temperatura que se encuentran en el cerebro.

En infecciones, neoplasias y otras alteraciones acompañadas de lesión e inflamación celular, parece probable que estos centros hipotalámicos sean afectados por un pirógeno endógeno liberado desde los tejidos huéspedes.<sup>35/</sup>

Cuando la fiebre aumenta, aparece taquicardia como mecanismo compensador de la vasodilatación generalizada y de la hipotensión, intentando aumentar el flujo sanguíneo para la piel, de manera que se pierde calor por radiación, el calor también se disipa por evaporación del sudor, que lo consume en gran cantidad. La cefalea puede depender de acción tóxica directa o de vasodilatación local en una cavidad cerrada. La debilidad refleja una alteración intensa en la circulación periférica general.<sup>36/</sup>

---

<sup>35/</sup> Ibidem.. p. 465.

<sup>36/</sup> Sodeman A. William; Fisiopatología clínica, p. 148.

Acciones de enfermería:

Ministración de medicamentos antipiréticos como la dipirona, aplicación de compresas húmedas frías, descubrir a la paciente, administración de líquidos.

Razón científica de la acción:

Los antipiréticos tienen su acción aumentando la pérdida de calor del organismo o termólisis, con lo que la temperatura desciende. Esta pérdida de calor se produce por vasodilatación cutánea, que da lugar a una piel roja y caliente y expone gran cantidad de sangre caliente al ambiente, disipándose el calor por irradiación y convección, pero sobre todo dicha pérdida obedece a la sudoración, pérdida de calor por evaporación y dicha sudoración constituye un efecto prominente de las drogas antipiréticas.<sup>37/</sup>

La piel está provista de terminaciones nerviosas sensitivas para la percepción del calor, dolor y frío, es por ésto que las compresas nos van a ayudar a disminuir la temperatura, ya que el frío húmedo tiene mayor poder de penetración.

Un aumento en la pérdida de calor corporal por radiación y convección se favorece al disminuir los cobertores al mínimo, es por ésto que se descubre a la paciente.

37/ Litter, Manuel; Farmacología, p, 1364.

La ingestión de líquidos en la fiebre se aumenta porque se pierde más líquido por evaporación del sudor en la piel y por el aumento de respiraciones.

Responsable de la acción:

Pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Evaluación:

Las acciones de enfermería son eficaces en el tratamiento de la fiebre y son de gran ayuda, pero sin embargo, hay que considerar que es necesario erradicar el foco de infección; la extracción de los restos ovulares, en este caso el médico realizó legrado uterino instrumental a consecuencia de un aborto séptico. (El legrado uterino consiste en realizar un pequeño raspado a las paredes del útero con una cucharilla pequeña; éste con el fin de limpiar o extraer del útero los restos retenidos del producto de la concepción).

Problema: Escalofrío.

Manifestación clínica del problema:

La piel se torna fría, pálida y cianótica, posteriormente disminuye la sensación de frialdad. La paciente refiere sentir frío y su cuerpo presenta temblores.

La ingestión de líquidos en la fiebre se aumenta porque se pierde más líquido por evaporación del sudor en la piel y por el aumento de respiraciones.

Responsable de la acción:

Pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Evaluación:

Las acciones de enfermería son eficaces en el tratamiento de la fiebre y son de gran ayuda, pero sin embargo, hay que considerar que es necesario erradicar el foco de infección; la extracción de los restos ovulares, en este caso el médico realizó legrado uterino instrumental, a consecuencia de un aborto séptico. (El legrado uterino consiste en realizar un pequeño raspado a las paredes del útero con una cucharilla pequeña; ésto con el fin de limpiar o extraer del útero los restos retenidos del producto de la concepción).

Problema: Escalofrío.

Manifestación clínica del problema:

La piel se torna fría, pálida y cianótica, posteriormente disminuye la sensación de frialdad. La paciente refiere sentir frío y su cuerpo presenta temblores.

Razón científica del problema:

La invasión del torrente circulatorio por microorganismos patógenos libera proteína extraña; la consiguiente reacción antígeno-anticuerpo suele acompañarse de constricción de las arterias periféricas del huésped. El menor flujo de la sangre por la piel produce enfriamiento local. El escalofrío resultante representa un aumento reflejo de la actividad muscular que eleva la temperatura interna en un intento por compensar la baja de la temperatura cutánea.<sup>38/</sup>

Acciones de enfermería:

Vigilar la frecuencia de los escalofríos.

Razón científica de la acción:

Es importante vigilar la frecuencia del escalofrío, pues éste a menudo constituye la señal de que el cuerpo está reaccionando contra los microorganismos que han penetrado en el torrente circulatorio, por consiguiente, constituye una oportunidad para identificarlos.

Responsable de la acción:

Pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

---

<sup>38/</sup> Sodeman A., William; op.cit., p. 153.

Evaluación:

Este problema del escalofrío ya no era tan manifiesto, puesto que ya se había logrado controlar la fiebre; es por ésto que fueron pocas las acciones de enfermería realizadas al respecto.

Problema: Secreción transvaginal fétida.

Manifestación clínica del problema:

A la exploración genital se observa salida de secreción hematopurulenta y fétida a través del canal vaginal.

Razón científica del problema:

La salida de secreción fétida es debida a infección por microorganismos que encuentran un terreno propicio para su desarrollo y que con frecuencia se observa después de un aborto provocado.<sup>39/</sup>

Cuando el embarazo se encuentra en desarrollo, existe en el cérvix un tapón mucoso que lo cierra y al mismo tiempo lo libra de microorganismos patógenos y conserva al producto en un ambiente estéril; si se realizan maniobras abortivas intrauterinas, este tapón mucoso se pierde y da entrada a microorganismos que al encontrar medio

---

<sup>39/</sup> Mondragón Castro, Héctor; op.cit., p. 513.

adecuado se multiplican y atacan al huésped, en este caso tanto al producto como a la madre.<sup>40/</sup>

Las infecciones supuradas localizadas son causadas por gran diversidad de bacterias que reciben globalmente el nombre de piógenas, por que producen pus. En este grupo están incluidas estafilococos, muchos bacilos gram negativos como la escherichia coli; Klebsiella pseudomoniae, cepas de proteus y pseudomona aeruginosa, meningococos, neumococos y gonococos. Las infecciones por estos agentes producen acumulación local de pus en el sitio de siembra. Los estafilococos quizá sean la causa más frecuente de infecciones supuradas o piógenas localizadas.

Todos estos microorganismos piógenos donde quiera que se alojen, pueden invadir vasos sanguíneos y producir bacteriemia con la posibilidad de siembra a cualquiera o a todos los demás órganos, tanto por vía linfática como por la sanguínea.<sup>41/</sup>

Acciones de enfermería:

Ministración de antibióticos (penicilina sódica cristalina 5 millones I.V., cada 4 horas, más gentamicina 80 mg. I.V. cada 8 horas).

---

<sup>40/</sup> Fernández Tapia. Sergio; Aborto séptico, p. 4

<sup>41/</sup> Robbins L., Stanley; Patología básica, p. 51.

Vigilar la cantidad y las características de las secreciones transvaginales.

Razón científica de la acción:

Las bacterias son las causantes de la infección existente, por lo que es de gran utilidad el uso de los antibióticos; los que son sustancias químicas derivadas o producidas por microorganismos, que tienen la capacidad a bajas concentraciones, de inhibir el desarrollo o de destruir bacterias y otros microorganismos.<sup>42/</sup>

Estos medicamentos alteran más o menos profundamente y con mayor o menor rapidez el proceso de nutrición y multiplicación, por el que las bacterias pierden primero la capacidad de nutrirse y multiplicarse y después, de un período más o menos largo de supervivencia, viene la muerte y es así como estos medicamentos ayudan a eliminar a estos microorganismos.<sup>43/</sup>

Por otra parte, es de gran importancia vigilar la cantidad y características de la secreción transvaginal para valorar si el tratamiento instituido es o no eficaz y para prevenir y/o detectar una complicación grave.

---

<sup>42/</sup> Litter, Manuel; op.cit., p. 1502.

<sup>43/</sup> Segatore, Luigi; Diccionario médico; p. 104.

Responsable de la acción:

Pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Evaluación:

La ministración de estos medicamentos es eficaz en el tratamiento de las infecciones, pues como ya se mencionó, inhiben el desarrollo o matan a las bacterias, por consiguiente, al ser eliminados estos microorganismos se observa la disminución de las secreciones trans vaginales y la ausencia de olor fétido, así como también disminuye la fiebre; lo que indica que ha sido controlada la infección.

Problema: Hipersensibilidad de útero y anexos.

Manifestación clínica del problema:

A la palpación profunda la paciente refiere dolor en hipogastrio y fosas ilíacas, posteriormente el dolor se incrementa por la herida qui rúrgica de laparatomía exploradora que le fue practicada.

Razón científica del problema:

El útero tiene una inervación abundante, procedente tanto de nervios simpáticos que contienen fibras sensitivas y motoras. Los nervios dorsales XI y XII transportan las fibras sensitivas del útero que

transmiten el dolor hacia el sistema nervioso central.<sup>44/</sup> Además de que en este caso, el dolor es consecuencia del proceso infeccioso que existe dentro de la cavidad uterina, ya que la lesión de los tejidos va seguida de reacción local aguda caracterizada por: salida de líquido y proteínas plasmáticas, seguidos poco después de acumulación de leucocitos en el foco lesionado.<sup>45/</sup> Esta respuesta es una reacción inflamatoria. Además de que el endometrio está tumefacto hiperémico y edematoso y en casos graves, hay la presencia de un exudado, necrosis del endometrio e infiltración inflamatoria que invade el miometrio y, a menudo, incluso el peritoneo.<sup>46/</sup>

Esta infección ocasiona inflamación de los ovarios, de las trompas de falopio o de los tejidos de sostén del útero.

El calor y el enrojecimiento locales resultan del aumento del riego sanguíneo de la microcirculación en el foco lesionado.

La tumefacción o hinchazón indudablemente es consecuencia del exudado, con el aumento del líquido intersticial.

El dolor que se percibe a nivel de un tejido inflamado resulta de la

---

<sup>44/</sup> Pritchard A., Jack; op.cit., p. 25.

<sup>45/</sup> Robbins L., Stanley; op.cit., p. 34

<sup>46/</sup> González Merlo, J.; Patología del endometrio; p. 151.

compresión de los nervios sensitivos locales por parte del líquido que absorbe el tejido inflamado.<sup>47/</sup>

Por otra parte, la laparotomía es la abertura quirúrgica de la cavidad abdominal por incisión de las capas de su pared anterior. En algunas ocasiones (como en esta) se practica con finalidad diagnóstica exclusivamente, para descubrir ciertas enfermedades de los órganos abdominales, cuyo diagnóstico no resulte fácil desde el exterior. En este caso se realizó para descargar el diagnóstico de embarazo ectópico o perforación uterina.

Acciones de enfermería:

Ministración de analgésicos (como la dipirona o el naproxén).

Alentar a la paciente a que cambie continuamente de posición (preferentemente semisentada) y a la deambulacion precoz.

En lo que se refiere a la herida quirúrgica es necesario mantenerla limpia y seca. Colaborar con el médico en las curaciones de la misma, así como cambiar el apósito que la cubre y el vendaje cada que sea necesario. Aseo vulvoperineal con cambio de toalla vulvar.

Toma y registro de signos vitales, orientación a la paciente sobre la

---

<sup>47/</sup> Robbins L., Stanley, op.cit., p. 56.

importancia del aseo corporal (baño).

Razón científica de la acción:

La ministración de analgésicos es de gran utilidad, pues son fármacos que anulan o atenúan un dolor de cualquier origen y naturaleza.

Por lo regular estos medicamentos contienen salicilatos (naproxén), los que actúan especialmente en el dolor inflamatorio, por lo que es seguro que la acción antiinflamatoria desempeña un papel importante en la acción analgésica.<sup>48/</sup>

La acción importante de estos medicamentos para aliviar el dolor y reducir la inflamación se debe a la acción que ejercen sobre los tejidos inflamados (en el sitio del dolor).<sup>49/</sup>

Tanto la dipirona como el naproxén son medicamentos utilizados como analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios; aunque la dipirona es de efectos mucho más potentes.

La movilización constante, al igual que la posición semisentada y la deambulación, ayudan a movilizar las secreciones intrauterinas y favorecen su drenaje y como resultado de ésto se previene la propagación ascendente de la infección.<sup>50/</sup>

<sup>48/</sup> Litter, Manuel; op.cit., p. 1370

<sup>49/</sup> Jawetz, Ernest; et.al.; Manual de farmacología clínica, p. 318.

<sup>50/</sup> Smith W. Dorothy, et.al.; Enfermería médico-quirúrgica, p. 844.

Ademas de que la deambulaci3n precoz ayuda a disminuir las complicaciones vesicales, de estreñimiento y de posibles flebotrombosis en miembros inferiores, así como la aparici3n de procesos adherenciales.

Mediante la asepsia y antisepsia de la herida quirúrgica, se eliminan los microorganismos pat3genos y se evita así que la herida se transforme en la puerta de entrada de los mismos y que son causantes de graves infecciones.

El aseo perineal y el cambio de toalla vulvar hechos con frecuencia, brindan comodidad a la paciente e impiden que la infecci3n se extienda.

La toma y registro de los signos vitales permite seguir la evoluci3n del proceso infeccioso y la respuesta del huésped al tratamiento; ya que son manifestaciones que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante y tienen entre sí una relaci3n íntima, por lo que, cualquier alteraci3n en alguno de ellos afecta generalmente a la mayoría o a todos los signos; en especial a la temperatura, por acci3n de los agentes infecciosos sobre el centro termorregulador.

Las mucosas y la piel sanas e íntegras son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos; es así como el aseo corporal tiene

como objetivos principales los siguientes:

Eliminar los productos de descamación de la piel, la excreción de las glándulas sebáceas y sudoríparas y el polvo.

Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.

Estimular en la paciente la confianza de sentirse bien presentable y limpia.

Responsable de la acción:

Pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Evaluación:

Con las acciones realizadas la paciente refiere sentir alivio del dolor y comodidad al estar limpia y seca.

Con los cuidados proporcionados a la herida quirúrgica, se logra evitar infección de la misma.

La paciente deambula precozmente y presenta un ligero mareo, el cual pasa rápidamente.

Mediante la toma y registro de los signos vitales, nos damos cuenta

de cómo van estabilizándose hasta llegar a los límites de la normalidad, sobre todo la temperatura.

La paciente refiere sentirse fresca, relajada y cómoda con el aseo corporal.

Problema: Depresión.

Manifestación clínica del problema:

La paciente se observa un poco retraída, triste y refiere tener sentimientos de culpa, además presenta anorexia.

Razón científica del problema:

Generalmente una enfermedad aguda, prolongada o amenazante, de cualquier especie que sea, despierta en el paciente sentimientos de pérdida y produce conflictos que conducen a la depresión.<sup>51/</sup>

En este caso, de la mujer que aborta, los conflictos emocionales tales como la depresión, la angustia y los sentimientos de tristeza, de vergüenza, de indignidad y de culpa, se hacen más persistentes, pues los efectos nocivos en la salud mental de la mujer se producen por el reproche y el desprecio social o por la consideración o prejuicio

---

51/ Hofling K., Charles; Enfermería psiquiátrica, p. 282.

de que la decisión de abortar es indigna y sin valor.<sup>52/</sup>

Es frecuente también que la depresión se desencadene como resultado de vivencias sociales traumáticas, es decir, las que percibe la paciente como rechazo.<sup>53/</sup>

Acciones de enfermería:

Centrar a la paciente en su situación para que analice la decisión que tomó al provocarse el aborto. No reprocharle ni alabarle tal decisión; simplemente escucharla y orientarla sobre su papel en la sociedad como un ser positivo y responsable de sus actos.

Estimular a la paciente a que realice actividades como la lectura y para que acuda a las charlas que se dan en la sala de altas. Además, se le recuerda la responsabilidad que tiene para con su hijo.

Razón científica de la acción:

Se debe tener en consideración la importancia que tiene el respetar la individualidad de la paciente, aceptarla tal como es y respetar sus ideas y decisiones; además de que, al escucharla, le damos la oportunidad de charlar con alguien que le demostró simpatía y comprensión y de desahogarse al hablar de sus problemas.<sup>54/</sup>

<sup>52/</sup> Pérez Carrillo, Agustín, op.cit., p. 31

<sup>53/</sup> Watson Hawkins, Joellen; op.cit., p. 483

<sup>54/</sup> Roberts T.; Manual de enfermería psiquiátrica, p. 48.

Se orienta a la paciente de acuerdo a la moral y a las normas sociales, pues ambas se refieren al conjunto de reglas de convivencia o de trato social que la sociedad exige y que entrañan obligaciones que regulan las relaciones entre los individuos. Es así como un hombre moral es aquel que vive en concordancia con las costumbres de su sociedad.<sup>55/</sup> Aunque muchas veces actúan bajo su libre albedrío, de aquí la libertad para actuar y ser responsable de sus actos, en este caso, la libertad para tener relaciones sexuales, aunada a la responsabilidad de procrear hijos, siendo o no, en condiciones económicas de seguridad y sociales favorables.

El programa de rehabilitación para un paciente deprimido incluye actividades como oficios manuales, paseos, lecturas, juegos, actividades sociales y recreativas y el estímulo para las aptitudes e intereses especiales. Todo esto con el fin de que el enfermo no esté ocioso para evitar que se preocupe demasiado con sus problemas y que se deprima aún más al no poder cumplir con lo que de él se esperaba.

56/

Responsable de la acción:

Pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

55/ Escobar Valenzuela, Gustavo; Ética, p. 55.

56/ Kolb C., Lawrence; Psiquiatría clínica moderna, p. 907.

**Evaluación:**

La paciente refiere sentirse más tranquila; pues ha pasado una experiencia muy poco agradable y piensa que más vale prevenir otro embarazo no deseado que arriesgarse a perder hasta la vida por inducirse un aborto. Toma en cuenta además, la responsabilidad que tiene para con su hijo; ya que dada su edad (año tres meses) y sin el apoyo de un padre, es ella la directamente involucrada en el aporte económico, la educación y el cuidado que requiere en esta etapa.

**Problema:** Carencia de información sobre el aborto y sus consecuencias.

**Manifestación clínica del problema:**

La paciente refiere que ignoraba los riesgos físicos que podría correr al inducirse el aborto.

**Razón científica del problema:**

La ignorancia que la paciente tiene sobre su padecimiento es propia de las personas que como ella, provienen de un nivel socioeconómico y cultural bajo y no tienen conciencia sobre lo que significa el valor de la salud y su responsabilidad para mantenerla.

Acciones de enfermería:

Explicar a la paciente su padecimiento (orientación sobre el aborto y sus consecuencias).

Razón científica de la acción:

El conocimiento o la ignorancia de las cosas (de algún tema o problema de salud) nos lleva a actuar de una manera positiva o negativa, al mismo tiempo que determina nuestra responsabilidad ante las mismas.

Responsable de la acción:

Pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Evaluación:

La paciente comenta que le es de utilidad la orientación recibida; aún cuando ya haya pasado por la experiencia. Refiere además que será más responsable al tomar sus decisiones y no tomarlas tan a la ligera.

Problema: Carencia de información sobre métodos anticonceptivos.

**Manifestación clínica del problema:**

La paciente menciona que tiene poco conocimiento de métodos anticonceptivos y, como consecuencia de éste, no previno un embarazo no deseado, aún sabiendo que éste podía suceder.

**Razón científica del problema:**

Una vez más se hace mención de que la ignorancia nos puede traer buenas o malas consecuencias; como en este caso, el aborto inducido por no haber evitado un embarazo no deseado, pues principalmente para la gente de bajo nivel socioeconómico y cultural no son accesibles las nociones de planificación familiar y la información sobre el número de hijos y la fecundidad de la mujer,<sup>57/</sup> y como consecuencia de esto los padres de familia con los ingresos más bajos procrean más hijos que las familias acomodadas y por lo general contra su voluntad.<sup>58/</sup>

**Acciones de enfermería:**

Orientación sobre métodos anticonceptivos. Orientación sobre la posibilidad de embarazo al tener una relación sexual coital.

---

<sup>57/</sup> T. Manisoff, Miriam; Enseñanza de planificación familiar, p. 10.

<sup>58/</sup> Ibidem., p. 9

**Razón científica de la acción:**

Es necesaria la orientación que se pueda brindar a las personas, sobre los métodos anticonceptivos para ayudar a la gente a realizar su deseo de limitar la frecuencia de nacimientos fuera del matrimonio (como en este caso, en que se trata de una madre soltera).

Y para que bajo su responsabilidad quede la decisión de utilizarlos o no y, al mismo tiempo, el traer o no al mundo un hijo no deseado.

Además de que esta orientación nos da oportunidad de disipar la confusión y las ideas equivocadas que circulan sobre este tema.

Por otro lado, la orientación en planificación familiar nos ayudará a disminuir las consecuencias negativas que se ven aumentadas cuando los embarazos se suceden con demasiada frecuencia en mujeres cuya salud es muy precaria por su pobreza, desnutrición y falta de asistencia médica, ya que, en ninguna parte como aquí se constata el in-flujo nefasto que ejerce la miseria en detrimento de la salud y la vida humana. <sup>59/</sup>

**Responsable de la acción:**

Pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

**Evaluación:**

Aún cuando la paciente es madre soltera, es conveniente que conozca los métodos de planificación familiar, para evitar un embarazo no deseado, al tener una relación sexual coital con algún compañero sexual.

## CONCLUSIONES

El aborto es la interrupción del embarazo antes de la vigésima semana de gestación. Para fines prácticos, desde el punto de vista clínico y por el problema para calcular la fecha de fecundación, se toma como referencia el peso del producto menor de 500 gr.

De los diferentes tipos de abortos que presentan las mujeres embarazadas, el aborto espontáneo tiene menor riesgo de complicaciones que el aborto provocado. En este último y por las condiciones de clandestinidad en que generalmente le es practicado a la población de bajo nivel socioeconómico se va a incrementar la tasa de mortalidad materna por hemorragia y/o infección; las que en este caso son de tal magnitud que se ponen fuera del alcance de la tecnología y la ciencia por la ruptura irreversible de los mecanismos homeostáticos que se generan durante la gestación.

El caso concreto es la infección, donde el organismo materno produce un incremento importante de leucocitos, así que, para que una infección se desarrolle, tiene que ser introducida una cantidad masiva de microorganismos patógenos que encuentran el medio ideal en una cavidad uterina con entrada abierta y en condiciones óptimas para la invasión, multiplicación y diseminación generalizada, ya sea por vía linfática o sanguínea.

En el presente caso clínico esta paciente adulta joven, secundigesta, soltera, con un embarazo no planeado de 12 semanas, sin hogar y con falta de apoyo familiar, aunque con la seguridad económica de un trabajo remunerado; decidió la interrupción del embarazo por diferentes medios, sin resultado; por lo cual asistió con una partera empírica para que le fuera practicado el aborto; pero las maniobras no extrajeron el producto totalmente y los restos se infectaron, lo que trajo como consecuencia un aborto séptico.

La atención de las pacientes con aborto séptico requiere de hospitalización para llevar a cabo la impregnación con antibióticos, la determinación del grado de anemia e infección, a través de los exámenes de laboratorio y la revisión de la cavidad uterina para la extracción de los restos ovulares, o bien, para la realización de una laparotomía en caso de sospecha de perforación y/o embarazo ectópico.

Ya en el hospital el tratamiento que se instituyó a la paciente para la fiebre, fue el de la ministración de antipiréticos, el control de temperatura por medios físicos y la erradicación del foco infeccioso, para lo cual el médico realizó legrado uterino instrumental y se inició, previo a éste, la antibioticoterapia. Estas medidas terapéuticas junto con las acciones específicas para cada uno de los problemas detectados, contribuyó a la curación y recuperación de la paciente.

Es importante mencionar que al erradicar el foco infeccioso se observa la resolución progresiva de los problemas, pues el proceso infeccioso existente era el que de una u otra manera estaba produciendo y exacerbando la sintomatología clínica que manifestaba la paciente.

Por otra parte, es de igual importancia considerar que toda persona que integra el equipo interdisciplinario de salud, debe tener conocimiento sobre el aborto para contribuir a la solución de los problemas que se suman al mismo, orientar y educar a la población para que comprenda la trascendencia del aborto provocado, ya que las secuelas son, en el aspecto biológico, la esterilidad y, en el psicológico, tanto la depresión como la neurosis van a interferir en sus relaciones familiares y sociales. Por lo tanto, es necesario que las personas sean conscientes de su papel en la sociedad y responsables de sus actos.

BIBLIOGRAFIA

ASOCIACION de Médicos  
del Hospital de Ginecología  
y Obstetricia No. 3  
del I.M.S.A., A.C.

Ginecología y Obstetricia;  
2a. ed., Edit. Francisco  
Méndez Oteo, México, 1979,  
1 001 pp.

BAENA Paz, Guillermina

Instrumentos de investiga-  
ción; 12a. ed., Edit. Edi-  
tores Mexicanos Unidos,  
S.A., México, 1984, 134 pp.

BENSON C., Ralph

Manual de Ginecología y  
Obstetricia, 6a. ed., Edito-  
rial El Manual Moderno,  
México, 1981, 764 pp.

BLEIER J., Inge

Enfermería materno infantil;  
3a. Ed., Traducción de Geor-  
gina Guerrero, Editorial Inte-  
ramericana, México, 1980.  
288 pp.

DANTE Calandra; Del Valle Elsa

Aborto, estudio clínico, psi-  
cológico, social y jurídico;  
Editorial Médica Panameri-  
cana, Buenos Aires, 1973,  
382 pp.

F. Miller; Brackman Keane Claire,

Diccionario enciclopédico de  
medicina; 2a. ed., Edito-  
rial Interamericana, México  
1980, 1 056 pp.

FRIEDMAN A., Emmanuel

Obstetricia, Traducción de  
Homero Vela Treviño, Edito-  
rial Interamericana, México,  
1976, 818 pp.

H. Yura; M.B. Walsh

El proceso de enfermería;  
Traducción de C. Montuenga,  
2a. ed., Editorial Alhambra,  
España, 1982, 222 pp.

JIMENEZ Vargas, Juan;  
López García, Guillermo

A que se llama aborto; Editorial Magisterio Español, S.A. y Prensa Española, S.A., España, 1975, 157 pp.

MARRINER, Ann

El Proceso de Atención de Enfermería, un enfoque científico; 2a. Ed., traducción de Alfonso Téllez Vallejo, Editorial El Manual Moderno México, 1983, 325 pp.

MCLENNAN E., Charles

Compendio de obstetricia; 9a. ed., Traducción de José Rafael Blengio Pinto, Editorial Interamericana, México, 1981, 490 pp.

MONDRAGON Castro, Héctor

Obstetricia básica ilustrada, Editorial Trillas, México, 1984, 685 pp.

PEREZ Carrillo Agustín;  
Nettel D., Ana Laura

Modelo de política legislativa, aplicación al caso del aborto en México, Editorial Trillas, México, 1982, 57 pp.

PRITCHARD A., Jack; Macdonald  
C. Paul

Williams obstetricia, traducción de Asunción Mauri Mas, 2a, ed., Editorial Salvat Mexicana, Editores, S.A., de C.V., México, 1980, 967 pp.

ROPER, Nancy

Diccionario de enfermería; 15a. ed., Editorial Interamericana, México, 1982, 456 pp.

VILLAGARCIA Rocío; Berumen,  
Patricia

Carlota, el mundo clandestino del aborto; Ed. Diana, México, 1978, 169 pp.

WATSON Hawkins Joellen;  
Pierfedeci Higgins, Loreta

Enfermería ginecológica y obstétrica; Traduc. Jorge Blanco Correa, Ed. Harla, México, 1984, 587 pp.

## HISTORIA NATURAL DE ABORTO SEPTICO

### PERIODO PREPATOGENICO

**Concepto:** el aborto séptico se define como la terminación del embarazo antes de la semana 20 de gestación y de que el feto sea viable, acompañada de la infección de las partes del producto de la concepción y de la cavidad uterina.

**AGENTE:** Gram negativos; *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomona aeruginosa*, *Aerobacter aerógenes*, *Proteus vulgaris*, *Micrococcos aureus*, *Estreptococcus*, *Estafilococo aureus*.

**HUESPED:** Mujeres embarazadas que han abortado en las primeras 20 semanas de gestación. En todas las edades de etapa reproductiva.

**MEDIO AMBIENTE:** Se presenta en cualquier nivel socioeconómico y cultural, más frecuente en el bajo.

Alteraciones bioquímicas:  
Anemia  
Leucocitosis

Signos y síntomas inespecíficos:

Fiebre de 39°C-40°C,

Alteraciones tisulares:

Hemorragia de la decidua basal y de los tejidos adyacentes, inflamación de células endometriales. Cambios degenerativos en el trofoblasto.

malosar general, astenia, adinamia, presencia de sangrado transvaginal, dolor abdominal, cefalea.

Signos y síntomas

En el estadio I: genital hematopurídrome febril. En infección propagada y hay alteraciones de origen pelvipertonitis. En el estadio III rebasa la pelvis ción del peritoneo. Agravamiento de infecciosos.

PREVENCIÓN PRIMARIA		PERIODO PATOGENICO	
PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ	PREVENCIÓN SECUNDARIA TRATAMIENTO OPORTUNO
<p>Charlas educativas sobre el fomento de la salud y prevención de las enfermedades. Educación higiénica; saneamiento ambiental y de la vivienda. Higiene personal, higiene de los alimentos. Control médico periódico para chequeo de salud. Visitas al ginecólogo para detectar oportunamente cualquier patología (detección oportuna de cáncer cervicouterino), detección oportuna de cáncer mamario, Educación sexual. Educación sobre higiene del embarazo y control médico prenatal.</p>	<p>Charlas educativas sobre métodos de planificación familiar. Charlas educativas sobre el tema del aborto; desde el punto de vista biológico, psicológico, social y jurídico. Charlas educativas sobre factores de riesgo durante el embarazo. Explicar a la paciente la importancia del seguimiento del calendario de visitas. Charlas sobre los signos de alarma durante el embarazo. Recibir tratamiento adecuado en cualquier tipo de aborto no séptico.</p>	<p>Historia clínica, exploración física, exámenes de laboratorio; cuantificación de gonadotropinas coriónicas, biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, tiempo de sangrado y coagulación, recuento plaquetario. Gasmetría (PCO<sub>2</sub> y PO<sub>2</sub>), cultivo de secreciones genitales. Estudios de gabinete: ecsonografía, Rayos X simple de abdomen. Diagnóstico diferencial: Miomatosis uterina, perforación uterina, embarazo ectópico, mola hidatiforme.</p>	<p>Reposo en cama para la etapa de aborto. Tratamiento antibiótico; penicilina 30 000 U.I., I.V., cada 6 horas (5 000 000 I.V., cada 4 horas). Ampicilina 2 gr. I.V. cada 6 horas. Cefalosolina 1 a 2 gr. I.V. cada 6 horas. Gentamicina 60 a 80 mg. cada 6 horas I.V. o I.M. Cirugía conservadora; laparotomía uterina. Cirugía radical: histerectomía abdominal con o sin salpingectomía bilaterales. En caso de aborto habitual por incompetencia del tratamiento quirúrgico y constante en reforzar el cérvix mediante algún tipo de sutura.</p>

A NATURAL DE ABORTO SEPTICO

Signos y síntomas inespecíficos:

Fiebre de 39°C-40°C, malestar general, astenia, adinamia, presencia de sangrado transvaginal, dolor abdominal, cefalea.

Signos tisulares: eritema de la vulva y de los adyacentes, inflamación de células metrales, degeneración del trofoblasto.

Signos y síntomas específicos:

En el estadio I: escurecimiento genital hematópurulento y síndrome febril. En el estadio II: infección propagada a los anexos y hay alteraciones hemodinámicas de origen tóxico y/o pelvipéritonitis. En el estadio III: la infección rebasa la pelvis con participación del peritoneo abdominal, agravamiento del estado tóxico-infeccioso.

Complicaciones:

La paciente entra ya en el estadio IV y presenta: shock séptico grave e irreversible, hemólisis intravascular con ictericia, hematuria, coagulación intravascular diseminada y/o insuficiencia renal aguda. Hemorragia y shock hipovolémico. Estorilidad.

MUERTE

La muerte se presenta por shock séptico y/o gangrena uterina.

PERIODO PATOGENICO		PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIARIA	
DIAGNOSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION		
<p>Historia clínica, exploración física, exámenes de laboratorio; cuantificación de gonadotropinas coriónicas, biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, tiempo de sangrado y coagulación, recuento plaquetario. Gasmetría (PCO2 y PO2), cultivo de secreciones genitales.</p> <p>Estudios de gabinete: ecsonografía, Rayos X simple de abdomen. Diagnóstico diferencial: Miomatosis uterina, perforación uterina, embarazo ectópico, mola hidatiforme.</p>	<p>Reposo en cama para la amenaza de aborto. Tratamiento antibiótico: penicilina cristalina 30 000 U.I., I.V. en 24 horas (5 000 000 I.V. cada 4 horas). Ampicilina 2 gr. I.V. cada 6 horas, Cefalotina 1 a 2 gr. I.V. cada 6 horas. Gentamicina 60 a 80 mg. cada 6 horas I.V. o I.M.</p> <p>Cirugía conservadora: legrado uterino.</p> <p>Cirugía radical: histerectomía abdominal con o sin ooforectomía y salpingectomía bilaterales. En caso de aborto habitual por cérvix incompetente el tratamiento es quirúrgico y consiste en reforzar el cérvix mediante algún tipo de sutura.</p>	<p>Orientación sobre los factores determinantes causales de aborto. Visita al médico para control prenatal. En cualquiera de las modalidades de aborto y en el aborto séptico, dar tratamiento de acuerdo a los estadios I, II, III y IV; aprovechando al máximo los recursos existentes. Determinar el factor causal de la infección y erradicar el foco de la misma. Orientación sobre la importancia de prevenir un embarazo precoz.</p>	<p>Orientar a la paciente sobre métodos anticonceptivos. Proporcionar preparación y apoyo psicológico a la paciente y su pareja. Orientación sobre la importancia de seguir el control periódico con el ginecólogo. En caso necesario canalizar a la paciente al psicoterapeuta. Orientar a la pareja sobre la paternidad responsable.</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMIA

Nombre: L. M. M.  
 Edad: 22 años  
 Sexo: Femenino  
 Estado: Enferma de sin causa  
 Hospitalización: 21. piso.  
 No. de cama: 737.  
 Ingresos: 10/10/50

Logro de la Enfermía:

Paciente un caso de adulto joven con edad avanzada a la complejidad, madre soltera de un niño de dos meses de edad, procedente de un nivel socioeconómico bajo, con excentricidad de estilo de vida, (hábitos higiénicos aceptables); alimentación regular en cantidad y calidad.  
 Cuando hallamos desde parientes: su padre fallecido por causas cardíacas y su madre por hipertensión, una hija relativa en otro cargo de ella.  
 Inicia vida sexual activa a los 21 años de edad, sin uso de métodos anticonceptivos, y como resultado, se embarazó, por lo que el embarazo se interrumpió en su casa y se va a vivir con una amistada que la perfino habitar un cuarto.  
 Durante esta primer embarazo tuvo control médico regular, el nacimiento del niño ocurrió el 11/11/49: niño varoncillo, con un peso de 3.500 gms. y 48 cm. de largo. Ha tenido los siguientes accidentes: Una marea de vomito del día 21 de febrero de 1950, nuevamente presenta síntomas de vómitos; la fecha de su última menstruación fue el día 21-10-1951, interviene ahora con la ingesta de quinine, la cual le produce efectos eméticos, por lo tanto acude con una ginecóloga y le son practicados métodos abortivos mediante la introducción de una amida transvaginal estéril.  
 Después de haber presentado a los antecedentes, hipertensión, (límite, estabilidad, estándar) general y estilo de vida transvaginal sexual y físico.  
 Acude a la consulta médica, en donde al laboratorio para la cuantificación de microorganismos cultivos, el resultado es negativo.

Después de haberse practicado los métodos abortivos, se le practica un aborto quirúrgico.  
 Después de haberse practicado los métodos abortivos, se le practica un aborto quirúrgico.  
 Después de haberse practicado los métodos abortivos, se le practica un aborto quirúrgico.

Es trasladado al Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con diagnóstico de aborto túbico probable, con fiebre de 39°C, dismenorrea, anemia crónica, dolor en hipocostos, náuseo y vómitos ocasionales. Después de controla la fiebre y de haber iniciado la ministración de antibióticos, se le practica una laparotomía exploradora por probable embarazo ectópico y/o perforación uterina, comprobada la perforación de los omentos anteriores, se realizan un ligamento uterino instrumental y se le extraen los restos ovulares del producto de la concepción. Durante el mismo, se le transfunde plasma globular y plasma fresco congelado, se le administra morfina y se transfunde plasma fresco sin ningún problema.

INDICACION CLINICA DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVALUACION
<p>El paciente presenta, fiebre alta y en ligeros subfebril, la paciente presenta náuseas, inquietud, vómitos y debilidad. El temperatura registra 39°C de temperatura.</p>	<p>La elevación de la temperatura corporal de más de 38.3°C, constituye febrícula y se presenta en cuadros infecciosos, leucocitosis o septicemia. La causa más probable en esta situación es la fiebre tífica de bacterias gram negativas como el salmonella. Una fiebre y vómitos que constituyen cuadro febril con las náuseas, vómitos, debilidad del sistema nervioso central, cefaleas y excentricidad de estilo de vida. Las infecciones en la causa más frecuente, en este caso, la infección tífica se evidencia debido a un aborto quirúrgico. El metabolismo general se eleva en manera que se producen más calor, el calor producido un aumento no se larga tan fácilmente como cuando antes que empezaba la enfermedad y después la fiebre. Los púgilos en forma que aumentan de las leucocitos por lo tanto infecciones pueden relacionar con leucocitos tíficos resultantes de infección en la bacteria o virus. La fiebre se genera en el organismo por un efecto en las células reguladoras de la temperatura que se encuentran en el cerebro. Las infecciones, septicemia y otras alteraciones acompañadas de leucocitos a un aumento local, parece probable que estos centros hipotalámicos sean afectados por un pulso sanguíneo liberado desde los tejidos infectados.                      Cuando la fiebre aparece, aparece toxicidad con mecanismo correspondiente de la vasodilatación arterial y de la hiperemia, intentando aumentar el flujo sanguíneo para la piel, de manera que se pueda salir por radiación. El calor también se disipa por evaporación del sudor, que la evapora en gran cantidad. La cantidad depende de actividad física o de la vasodilatación local en una cavidad cerrada. La debilidad refleja una alteración interna en la circulación periférica general.</p>	<p>Ministración de antibióticos antimicrobianos como la ampicilina, aplicación de compresas tibias. Se vigila su evolución. Administraciones de líquidos.</p>	<p>Los microorganismos tales como acción aumentando la fiebre de calor en el organismo y también, con él que la temperatura disminuye. Esta fiebre de calor se produce por vasodilatación de los vasos que da lugar a una piel roja y caliente y se produce en el contexto de un aumento de la sudoración y consecuentemente, como parte de dicho período un aumento de la sudoración, produce un efecto evaporación, y dicha evaporación constituye un efecto primario de las drogas antipiréticas. Lo que está presente de temperatura periférica se evidencia por la pérdida del calor, dolor y frío, se por tanto que las capilares no están a disminuir la temperatura, ya que el frío también tiene mayor efecto. Un aumento de la pérdida de calor corporal por evaporación en conexión se favorece al que aumente los centros al hipotálamo, se por tanto que se describe a la patencia. La fiebre de líquido en la fiebre se aumenta porque se pierde más líquido por evaporación del sudor en la piel y en el aumento de respiraciones.</p>	<p>Paciente de Ginecología y Obstetricia.</p>	<p>Los síntomas de enfermedad son eliminados en el laboratorio de la fiebre y con gran ayuda, pero sin embargo, hay que considerar que es necesario evaluar el nivel de radiación; la extracción de los restos ovulares, en este caso, el método resultó inepto uterino instrumental a consecuencia de un aborto quirúrgico. El líquido uterino consiste en realizar un pequeño sangrado a las paredes del útero con una cucharilla pequeña, esto con el fin de limpiar o extraer del útero los restos ovulares del producto de la concepción.</p>
<p>La piel es tibia, pálida y claudica; por lo tanto disminuye la sensación de frío. La paciente refiere sentir frío y su cuerpo parece tibialmente.</p>	<p>La fiebre por el sistema circulatorio por microorganismos patógenos liberados produce vómitos. Los microorganismos también influyen en el tiempo antes que el flujo sanguíneo para la piel, de manera que se pueda salir por radiación. El calor también se disipa por evaporación del sudor, que la evapora en gran cantidad. La cantidad depende de actividad física o de la vasodilatación local en una cavidad cerrada. La debilidad refleja una alteración interna en la circulación periférica general.</p>	<p>Vigilar la frecuencia de los escalofríos.</p>	<p>Es importante vigilar la frecuencia del escalofrío pero ante el manejo continuo la señal de que el cuerpo está reaccionando contra los microorganismos que han penetrado en el torrente circulatorio, por consiguiente, constituye una oportunidad para identificarlos.</p>	<p>Resente de Ginecología y Obstetricia.</p>	<p>Este problema de excentricidad y no se han desarrollado porque dice ya se había logrado controlar la fiebre; y por tanto que fueron pocas las acciones de enfermería realizadas al respecto.</p>
<p>A la exploración genital se observa salida de secreción transvaginal y líquida a través del canal vaginal.</p>	<p>La salida de secreción vaginal es debido a infección por microorganismos que encuentran un rico proceso por su desarrollo y su crecimiento en un aborto quirúrgico. Cuando el embarazo se interrumpe, el cuerpo de la mujer se libera de la actividad menstrual que eleva la temperatura interna en un tiempo por consiguiente la base de la temperatura tífica.</p>	<p>Ministración de antibióticos (ampicilina) sódica cristalina 5 millones 4 veces al día, cada 4 horas, cada 4 horas. Vigilar la cantidad y las características de las secreciones transvaginales.</p>	<p>Las bacterias son las causantes de la infección extensa, por lo que es de gran utilidad el uso de los antibióticos, los que son sustancias químicas derivadas o producidas por microorganismos, que tienen la capacidad de hacer combinaciones de inhibir al desarrollo o de destruir bacterias y otros microorganismos. Estas combinaciones actúan más o menos permanentemente y en mayor o menor rapidez al proceso de nutrición y multiplicación, por el que las bacterias pierden primero la capacidad de nutrirse y multiplicarse y después de un período más o menos largo un supervivencia viene la muerte, y se así como estas medicaciones pueden ser aplicadas a estos microorganismos. Por esta parte, es de gran importancia vigilar la cantidad y características de la secreción transvaginal para valorar el tratamiento instaurado es o no eficaz y para prevenir y/o detectar una complicación grave.</p>	<p>Resente de Ginecología y Obstetricia.</p>	<p>La ministración de estos medicamentos es eficaz en el tratamiento de las infecciones, para cuando el desarrollo o metan a las bacterias, por consiguiente, al ser eliminadas estas microorganismos se observa la ausencia de las secreciones transvaginales y la ausencia de olor fétido, así como, también disminuye la fiebre; lo que indica que ha sido controlada la infección.</p>

<p><b>Historia clínica</b></p> <p>A la palpación profunda se percibe ruidos dulces en el ápex y base del corazón, pero el ruido en el ápex es más fuerte que en la base. La frecuencia cardíaca es normal, el ritmo es regular y el pulso es fuerte.</p>	<p>Los ruidos cardíacos que se escuchan en el ápex y base del corazón, pero el ruido en el ápex es más fuerte que en la base. La frecuencia cardíaca es normal, el ritmo es regular y el pulso es fuerte.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>Con los datos de la historia clínica y los resultados de la palpación profunda, se puede diagnosticar esta enfermedad.</p>
<p><b>Examen físico</b></p> <p>El paciente presenta un aspecto de bienestar, pero al auscultar se perciben ruidos cardíacos anormales.</p>	<p>El paciente presenta un aspecto de bienestar, pero al auscultar se perciben ruidos cardíacos anormales.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>Con los datos de la historia clínica y los resultados de la palpación profunda, se puede diagnosticar esta enfermedad.</p>
<p><b>Diagnóstico</b></p> <p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>Con los datos de la historia clínica y los resultados de la palpación profunda, se puede diagnosticar esta enfermedad.</p>
<p><b>Conclusión</b></p> <p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>Con los datos de la historia clínica y los resultados de la palpación profunda, se puede diagnosticar esta enfermedad.</p>

<p><b>Historia clínica</b></p> <p>El paciente presenta un aspecto de bienestar, pero al auscultar se perciben ruidos cardíacos anormales.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>Con los datos de la historia clínica y los resultados de la palpación profunda, se puede diagnosticar esta enfermedad.</p>
<p><b>Examen físico</b></p> <p>El paciente presenta un aspecto de bienestar, pero al auscultar se perciben ruidos cardíacos anormales.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>El diagnóstico de esta enfermedad se basa en los datos de la historia clínica y en los resultados de la palpación profunda.</p>	<p>Con los datos de la historia clínica y los resultados de la palpación profunda, se puede diagnosticar esta enfermedad.</p>

GLOSARIO DE TERMINOS

- BACTERICIDA:** Sustancia química que mata las bacterias.
- CLANDESTINA:** Secreto, oculto. Que se esconde por ilícito.
- COITO:** Acoplamiento sexual del hombre y la mujer, cuyo fin natural es la perpetuación de la especie, mediante la formación de un nuevo ser dotado de vida adulta. El coito consiste en la introducción del pene del hombre en la vagina de la mujer, mediante el contacto sexual.
- COLAPSO:** Pérdida de tono de las paredes de los vasos, por consiguiente puede haber parálisis de las arteriolas y pequeñas venas.
- CRUENTO:** Se denomina cruenta cualquier intervención quirúrgica que requiera la incisión de tejidos y, por lo tanto, que produzca emisión de sangre.

**ESPASMO:**

Se denomina así cualquier contracción muscular involuntaria, exagerada y persistente, y por lo tanto, patológica, que puede localizarse tanto en los músculos estriados voluntarios de la vida animal de relación (o sea, en los músculos corrientes), como en las fibras musculares lisas involuntarias de los órganos internos (viscerales) de la vida vegetativa.

**FEBRICULA:**

Se denomina así la temperatura febril que oscila entre los 37°-38°C. Es de duración variable y suele presentarse con más frecuencia en la mujer que en el hombre. Puede estar producida por numerosas y variadas causas; procesos inflamatorios crónicos locales, infecciones crónicas del corazón, de las vías urinarias, del tubo digestivo, de la esfera genital interna femenina (anexitis), parasitosis intestinal, enfermedades de las glándulas endócrinas, sífilis, visceral, úlcera gástrica o duodenal, tumores malignos, etc.

**FECUNDACION:** Por fecundación se entiende el encuentro y la unión del espermatozoide con el óvulo femenino en el interior de una de las dos trompas de falopio.

**HIPERPLASIA:** Es el desarrollo (plasia) excesivo(anormal) de un tejido u órgano, producido por causas congénitas o adquiridas (por ejemplo inflamaciones). El tejido u órgano hiperplásico incrementa su volumen por el aumento del número de células que lo constituyen, las cuales conservan su volumen normal.

**HIPERTROFIA:** Es el desarrollo excesivo de un tejido, de un órgano o de una zona completa de nuestro cuerpo; se debe al aumento volumétrico de las células.

**HORMONA:** Producto de las secreciones internas de las glándulas vasculares sanguíneas (tiroideas, del ovario, testículo, hipófisis, suprarrenales, etc.

**LEGISLACION:** Conjunto de leyes de una nación.

**METABOLISMO:**

Conjunto de procesos bioquímicos intermedios de transformación que deben sufrir las sustancias nutritivas ingeridas, al objeto de lograr su finalidad plástica y energética, antes de ser expulsadas como escorias orgánicas. En la fase catabólica se destruye la materia celular envejecida y desgastada y se libera energía.

**PUNIBLE:**

Algo que es castigable.

**QUININA:**

Principal alcaloide que se encuentra en la corteza del árbol sudamericano del quino. La quinina se usa en el tratamiento del paludismo, es rápidamente absorbida en el intestino delgado. Tiene poco efecto sobre el músculo liso, aparte de una acción ligeramente oxitóxica sobre el útero grávido, especialmente durante el tercer trimestre del embarazo. Clínicamente no tiene efecto hasta que se ha iniciado el trabajo de parto, aunque cantidades peligrosamente tóxicas pueden causar aborto.

**SANGRIA:**

Es aquella práctica terapéutica que consiste en la extracción de una cierta cantidad de sangre de una vena superficial. La técnica de la sangría consiste en una pequeña incisión practicada con una lanceta especial en una vena superficial, generalmente del pliegue del codo; pero si la vena es gruesa y muy aparente, puede substituirse la sección de la lanceta por la introducción de una aguja en la vena y la extracción consiguiente de sangre con una jeringa. Para que tenga un cierto efecto la sangría, es necesario extraer por lo menos en el adulto 150-200 cc., de sangre, generalmente suelen extraerse 300-350 cc.