



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NCMBRE DE LA OPCIÓN

TESINA

TÍTULO DEL TRABAJO

**PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST-
INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

JUDITH RAMIREZ HERNANDEZ

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

MTRA. NORMA GAYTAN FLORES

MEXICO, D.F. 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



SECRETARÍA DE SALUD
 Dirección de Educación e Investigación
 Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
 Escuela de Enfermería

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
 ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

M.C. RAMIRO JESÚS SANDOVAL
DIRECTOR GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: **PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST-INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO**

Elaborado por:

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------|----------------|
| 1. JUDITH RAMÍREZ HERNÁNDEZ | Núm. de expediente: 409510344 | | |
| 2. _____ | _____ | | |
| 3. _____ | _____ | | |
| Apellido paterno | Materno | Nombre | Núm. de cuenta |

Alumno (s) de la carrera de: **LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**
 Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., a 17 de julio de 2014


Mtra. Norma Flores Gaytan
 Nombre y firma del Asesora


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández
 Nombre y firma de la
 Directora Técnica de la Carrera


 Secretaría de Salud del Distrito Federal
 Escuela de Enfermería
 DIRECCION
 CLAVE 3095
 Sello
 Institución



Calzada México Tacuba N°. 595 3er Piso Col. Popotla C.P. 11410
 Delegación Miguel Hidalgo Tels. 53421251 y 53418126

df.gob.mx
salud.df.gob.mx

AGRADECIMIENTOS

Dios, eres la razón de mí existir, mi punto de partida y mi final. Gracias por usar mi vida, por creer y cumplir tus sueños en mí. eres mi universo ,mi padre, mi amigo, mi fuerza, mi sustento, mi alegría, mi sol, mi amor, el amado de mi alma te amo por siempre y siempre gracias.

A mi madre sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constantes, solo deseo que comprendas que el logro mío es tuyo, aunque sé que no soy una excelente hija intento que te sientas orgullosa de mi y que mi esfuerzo es inspirado en ti porque cada día es mi anhelo salir adelante por ti, y que mi único ideal eres tú, porque te respeto y te admiro inmensamente se que unas líneas no bastan para agradecer todos tu esfuerzo físico y mental mas sin en cambio intento expresar mi gratitud hacia ti.

A mi padre ser padre es la única profesión en la que primero se otorga el título y luego se cursa la carrera, porque sé que te sientes orgulloso de mi aunque no lo demuestres, se que muy dentro de ti hay una sonrisa que tu rostro no puede expresar, emociones que tu corazón no te permitirá demostrar así somos papá ambos con armadura de acero intentando dominar nuestro carácter.

A mis hermanos a ustedes que creyeron en mi, a ustedes que jamás me retiraron su apoyo y amistad, a ustedes que con su ayuda, me han convencido de que nada es imposible si se desea seguir adelante, mi carrera profesional es un triunfo. Que deseo compartirles y mi satisfacción un sentimiento que deseo transmitirles con el más sincero agradecimiento gracias.

A mí querida amiga porque eres de las personas que dan todo de sí mismas sin pedir nada a cambio, porque tu fina compañía me alentó siempre a seguir adelante en los momentos difíciles. Porque tu amistad y cariño son el resultado del entendimiento de lo transparente.

A mis profesores, LEO Alicia Matamoros, LEO Juan Manuel González, y a la Maestra Norma Flores Gaytán que son pieza clave de todo esto sin su tiempo, esmero y orientación me hubiera sido difícil finalizar mi trabajo, mas sin en cambio me asesoraron en todo momento sin dar marcha atrás.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- JUSTIFICACIÓN	2
3.- OBJETIVOS	
3.1 Genera	3
3.2 Específicos	
4.- MARCO TEORICO	
4.1 Panorama epidemiológico	4
4.2 Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino	6
4.3 Anatomía y Fisiología del aparato reproductor masculino	9
4.4 Fisiología de la reproducción	11
4.4.1 Ciclo sexual femenino	12
4.4.2 Ciclo endometrial	14
4.4.3 Efectos de los estrógenos y la progesterona en el organismo	18
4.4.4 Gametogénesis	20
4.4.5 Fecundación, implantación y desarrollo embrionario	22
4.4.6 Desarrollo y mal desarrollo	37
4.4.7 Factores de riesgo micro, macro ambiente fetal	41
4.4.8 Clasificación de abortos	46
4.4.9 Consecuencias psicológicas	59
5.- MARCO LEGAL	60
5.1 Regulación del aborto en el Distrito Federal	66
5.2 Programa de Interrupción Legal del Embarazo	73
5.3 Propuesta a Implementar en el Distrito Federal para la Concepción	94

6.- PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO	
6.1 Cuidado	137
6.2 Tipo de Cuidado	137
6.3 La evolución histórica de los cuidados de enfermería	138
6.4 Filosofía Acerca de los Cuidados de Maternidad	142
6.5 Perfil del Licenciado en Enfermería y Obstetricia	153
6.6 Papel de la Enfermera ante la Práctica de la Interrupción Legal del Embarazo	154
6.7 Papel de la Enfermera en la Educación para la Sexualidad	155
7.- PLANES DE CUIDADO	157
8.- CONCLUSIONES	163
9.- GLOSARIO	164
10.- BIBLIOGRAFÍA	165
11.- ANEXOS	166

1. INTRODUCCIÓN

La época en la cual se encuentra la humanidad está llena de cambios sin precedentes, basta con mirar alrededor y descubrir que la evolución en el que estamos envueltos ha sido trascendental.

El aborto plantea diversos problemas a la moral católica. Se presenta a veces como una solución para prescindir de colaborar en el procedimiento, por diversas razones éticas, morales o religiosas.

Se incluirán distintas definiciones del término aborto y su clasificación, y así alcanzamos a darnos cuenta que la mayoría de estos representan un gran riesgo para la salud física, mental y social en la mujer en quien se lleva a cabo este proceso. El aborto puede llamarse legal cuando se provoca por motivos reconocidos por la ley como lo es la violación a nivel federal.

Como profesionales de la salud estamos conscientes que un mismo problema de salud tiene diferentes percepciones en la población pues dependerá de factores como realidad histórica, social, demográfica y económica.

Por tal motivo la presente investigación tiene como propósito el de conocer el papel que desempeña el profesional de enfermería en pacientes post interrupción legal del embarazo así como las causas que originan el aborto en México, y la forma en que se encuentra organizada.

El siguiente trabajo de investigación se integrará por Introducción, Justificación, Objetivos, y Marco teórico conformado por Panorama Epidemiológico, Anatomía y Fisiología de la Reproducción, un Sustento Legal así como los Programas y Normas que apoyan en sus procedimientos, y la participación del Profesional de Enfermería en pacientes post interrupción legal del embarazo.

Finalmente se Anexan los Planes de cuidado, las Conclusiones, el Glosario de términos en donde se enlistan las palabras que se consideran relevantes para facilitar la comprensión del documento; así como la Bibliografía consultada y Anexos.

2. JUSTIFICACIÓN

Debido a la importancia que se maneja hoy por hoy, ya que hablar de aborto es hablar sobre lo más trascendente del género humano, la vida misma.

En el siglo XX se liberalizó el aborto, la legislación no lo penalizaba, una interrupción del embarazo era y es permitida en ciertos países por diversas causas ya sean médicas, sociales, etc. El aborto en México es un delito que se regula a nivel local con exclusiones de responsabilidad, el Distrito Federal es la única Entidad Federativa donde el aborto es legal en las primeras doce semanas de gestación. Así mismo, el aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación es legal en todo el país de México.

El aborto, es más que la interrupción de esa existencia humana, en sus diversas etapas de desarrollo de un embrión, es un asunto delicado que merece conocer, analizarse y recapacitar, muy seriamente antes de tomar partido como escéptico, acepto o inconforme.

Por estas y muchas otras razones, es importante que el profesional de enfermería adopte el rol de la Participación en Pacientes Post-Interrupción Legal del Embarazo, así como sus repercusiones en la salud física, mental y social que trae consigo: para la persona que decide poner en práctica la interrupción de una vida; o para quienes lo practican, lo legalizan, así como para el entorno de una sociedad.

Cabe destacar que este trabajo no tiene posturas definidas, ni la intención de interferir en la voluntad de los individuos acerca de si acoger o negar la validez o invalidez del aborto, simplemente engloba aspectos relevantes de cómo se opone el secreto profesional contra el Código Penal y lo más relevante es puntualizar, el papel que desempeña el Profesional de Enfermería ante esta situación tomando como referente las teorías, técnicas y su praxis profesional.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

- Identificar la participación del profesional de enfermería en la atención de paciente post interrupción legal del embarazo en México.

3.2. ESPECIFICOS

- Reconocer la percepción del aborto en niveles educativos, edad de la paciente, método utilizado, edad gestacional de la interrupción y las necesidades que pueden presentar las pacientes en el post aborto.
- Identificar los cuidados de enfermería que se proporcionan a pacientes post aborto.

4. MARCO TEORICO

4.1. PANORAMA EPIDEMIOLOGICO

El aborto es la tercera o cuarta causa de muerte materna y constituye el 25 por ciento de los ingresos del Hospital General de la Ciudad de México en el presente año según la estadística sudamericana. La tasa de mortalidad materna es de 83 por 100.000 nacidos vivos.¹

En el Distrito Federal se han realizado 72.8 % de los abortos, en el estado de México 23.3%, en el resto de la república solo el 3.4 %, esto es solo en cuanto a el lugar de residencia, en cuanto a la edad se establece que de los 11 a los 14 años 0.7%, 15 a los 17 años 4.8%, 18 a 24 años 47.6%, 25 a 29 años 22.2%, 30 a 34 años 13.2%, 35 a 39 años 8%, 40 a 44 años 2.8%, 45 a 54 años 0.2%, en cuanto a niveles de educación el porcentaje más alto lo adquirió el nivel superior con 16.8%, el método abortivo más utilizado fueron medicamentos con el 70.5%, aspiración manual endouterina 27%, legrado instrumentado uterino 2.5%, las mujeres solteras con el 52.2% fueron las que utilizaron el servicio, el número de mujeres reincidentes fueron de 2.2% las semanas de gestación en las que se interrumpió el embarazo fue <4 semanas = 4.4%, 5 semanas 9.5%, 6 semanas 16.7%, 7 semanas 20.7%, 8 semanas 16.3 %, 9 semanas 13.1%, 10 semanas 10%, 11 semanas 7.5%, 12 semanas 1.8%, religiosamente la católica encabeza el porcentaje con 59.7%, en cuanto a amas de casa 36.5 % son las que frecuentan el servicio de interrupción legal del embarazo, el método anticonceptivo más utilizado es el dispositivo intrauterino con el 28.6% .

Desde el 2007 a marzo de 2014 de acuerdo a las estadísticas de GIRE se han practicado 6632 interrupción legal del embarazo a menores de 18 años.

A partir de los datos de la Secretaria de Salud del Distrito Federal (SEDESA), que van de abril de 2007 a febrero del 2014, se pudo observar que la mayoría de mujeres, al practicarse la ILE, entre 18 y 29 años, tienen uno o más hijos, su nivel de estudios está entre secundaria y preparatoria, se dedican al hogar, son estudiantes o empleadas.

1. <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad-metropoli/2014/impreso/cumple-7-anios-aborto-legal-122888.html>

La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es un tema de salud pública y justicia social. México ha sido llamado a rendir cuentas por varios organismos internacionales, la organización de la naciones unidas (ONU), la organización de estados americanos (OEA), pues las legislaciones restrictivas que criminalizan el aborto son violatorias de los derechos de la mujeres y el D.F lo que hizo es ser congruente con garantizar esos derechos, afirmo en entrevista Regina tames, directora de Grupo de Información de Reproducción elegida (GIRE).

La asamblea legislativa del distrito federal aprobó, el 24 de abril de 2007, reformas al código penal y la ley de salud local para despenalizar el aborto hasta la semana 12 de gestación.

En su primer año, se registraron 4 mil 799 procedimientos. En 2010 se hicieron casi 17 mil y el año pasado 20 mil 687. Este ascenso de cifras no representa alguna alerta, considero Regina tames noriega, puesto que se institucionalizo un servicio que es gratuito.

Antes de acceder a este servicio las solicitantes reciben consejería en los hospitales del distrito federal para que decida de manera informada si es la mejor opción.

Señalo que ninguna otra entidad ha legislado para despenalizar el aborto y por ello 24% de las mujeres que abortan en el D.F provienen del estado de México y el 3% mas son de otros estados incluso extranjeras.²

2. http://www.abortos.com/sudamerica_aborto.htm#11

4.2 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

GENITALES EXTERNOS FEMENINOS

1. Monte púbico o de Venus
2. Labios mayores
3. Labios menores
4. Clítoris
5. Meato uretral y glándulas parauretrales (de skene)
6. Vestíbulo vaginal
 - a) Orificio vaginal
 - b) Glándulas vulvovaginales (de bartholini)
 - c) Himen
 - d) Fosa navicular
7. Núcleo fibroso central del perineo

Monte púbico o de Venus: Este es un monte blando y redondeado de tejido graso subcutáneo que se inicia en la parte más baja de la pared abdominal anterior y cubre la parte anterior de la sínfisis del pubis. Esta cubierta por pelo en un patrón púbico femenino típico de distribución, y tiene una línea de pelo transversa a través de la parte baja del abdomen, ayuda a proteger los huesos pélvicos, en especial durante el coito.

Labios mayores: Son pliegues longitudinales elevados de piel intensamente pigmentada, uno a cada lado del surco vulvar. La función principal de los labios mayores es proteger los componentes del surco vulvar.

Labios menores: Son pliegues suaves de piel situados entre los labios mayores que convergen tanto hacia abajo como hacia atrás. La función de los labios menores consiste en lubricar e impermeabilizar la piel vulvar, brindar secreciones bactericidas e intensificar la excitación del placer sexual.

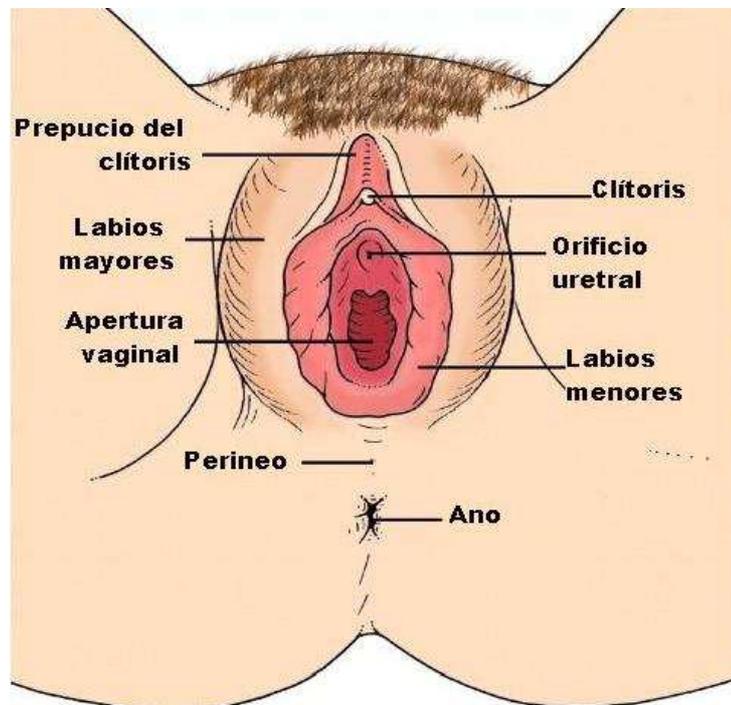
Clítoris: Es la parte más sensible desde el punto de vista erótico de las vías genitales de la mujer, y muchas mujeres lo identifican durante la primera parte de su vida como sitio de masturbación.

Meato uretral: Es el pequeño orificio externo de la uretra, que tienen forma triangular o de hendidura.

Glándulas parauretrales (de skene): Se abren en la pared posterior de la uretra femenina cerca de su orificio³.

Vestíbulo vaginal: Es un residuo del seno urogenital del embrión, y es una fosa escafoidea visible cuando se separan los labios menores.

- e) Orificio vaginal
- f) **Glándulas vulvovaginales (de bartholini):** Se encuentran por fuera del anillo himenal, en la base del vestíbulo, se encuentran dos pequeñas elevaciones papulares que contienen los orificios de los conductos de estas glándulas.
- g) **Himen:** Es una barrera delgada y moderadamente elástica que suele ocluir en parte, y rara vez por completo, el conducto vaginal.
- h) **Fosa navicular:** Es una depresión ligera o área excavada entre la horquilla y el himen.



3. Olds, B, Sally. Enfermería materno infantil, México, Edición interamericana, 1992, página 33

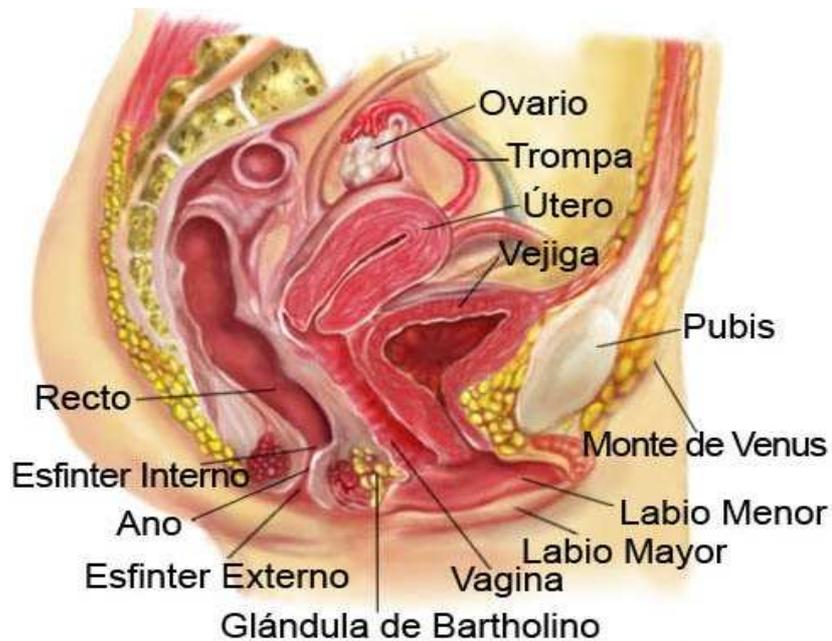
ORGANOS GENITALES INTERNOS FEMENINOS

Vagina: Es un tubo musculo membranoso que se conecta a los genitales externos con el centro de la pelvis.

Útero: Es un órgano en forma de pera, hueca, muscular y de paredes gruesas que se encuentra en el centro de la cavidad pélvica entre la base de la vejiga y el recto y por arriba de la vagina.

Trompas de Falopio: Se originan a los lados desde los cuernos del útero y progresan casi hasta las paredes laterales de la pelvis, sitio en el que se vuelven hacia atrás y cada adentro en dirección a los ovarios, mide de 8 a 13.5 de longitud.

Ovarios: Son dos estructuras glandulares en forma de almendras que se encuentra en la superficie posterior del ligamento ancho, justamente por debajo del reborde pélvico y cerca del infundíbulo, pesan de 6 a 10 g y miden 1.5 a 3 cm de ancho, 2 a 5 cm de longitud y 1 a 1.5 cm espesor.



4.3 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

ORGANOS GENITALES INTERNOS

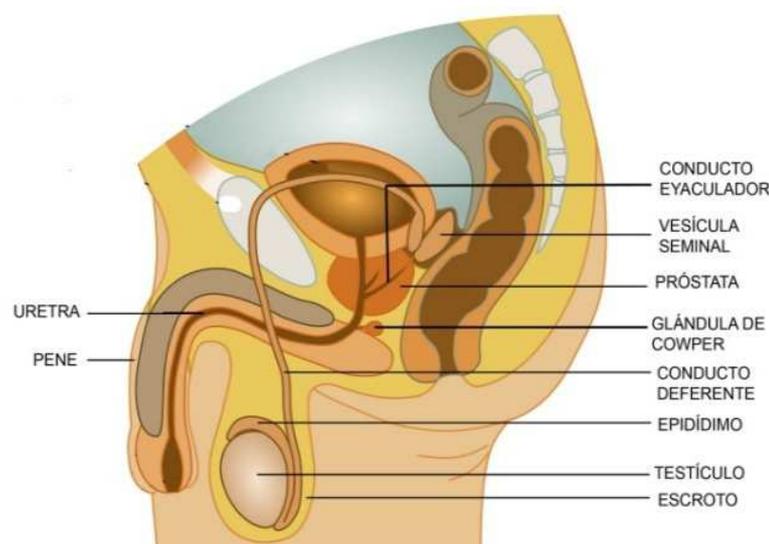
Testículos: Son un par de órganos glandulares ovales bilaterales compuestos que se encuentran en el escroto, cada testículo mide 4 a 6 cm de longitud, 2 a 3 cm de ancho y de 3 a 4 cm de espesor, y pesan de 10 a 15 g.

Epidídimo: Es la parte inicial del sistema de conductos excretores del testículo, el epidídimo se encuentra por detrás de cada testículo, 5.6 cm de longitud.

Vaso deferente o conducto deferente: Conecta a la luz epididimaria con la uretra prostática y tiene 40 cm de longitud aproximados.

Conductos eyaculadores: Vaso deferente y conducto de la vesícula seminal se unen para formar el conducto eyaculador. Estos conductos sirven como pasos para el semen y el líquido secretado por las vesículas seminales.

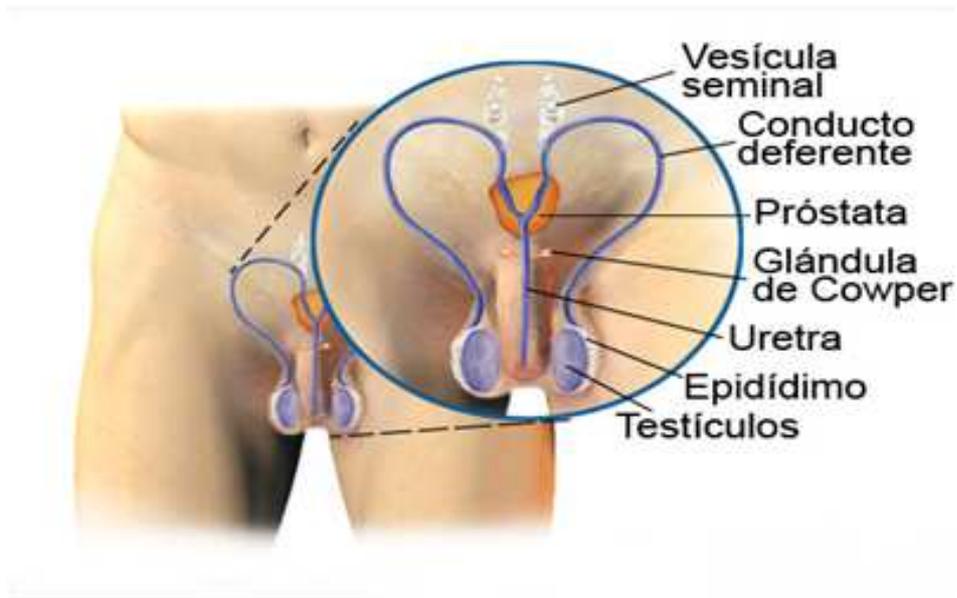
Glándulas bulbouretrales y uretrales o de Cowper: son un par de pequeñas estructuras lobuladas redondas pequeñas situadas dentro del diafragma urogenital, a cada lado de la uretra membranosa. Cada glándula, de cerca de 1 cm de diámetro, tiene un conducto excretor terminal de 2.5 cm de longitud en promedio que se abre en la base del cuerpo esponjoso. Estas glándulas secretan un líquido alcalino claro y viscoso rico en lipoproteínas que se vuelven parte del plasma seminal.



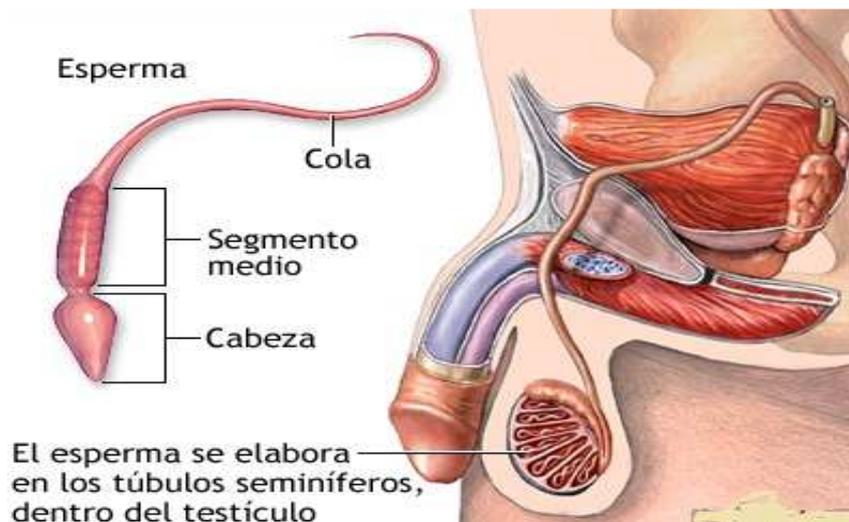
ORGANOS GENITALES EXTERNOS

Pene: Es una estructura alargada colgante constituida por un cuerpo, y por el glande.

Escroto: Es una estructura en forma de saco suspendida de la región perineal.



Semen: Es el líquido eyaculado por el varón, está constituido por espermatozoides y plasma seminal, este último compuesto por las secreciones de las glándulas sexuales accesorias en un patrón específico. El volumen promedio de líquido eyaculado después de la continencia de varios días es de 2 a 5 ml, pero puede variar entre 1 y 10 ml.



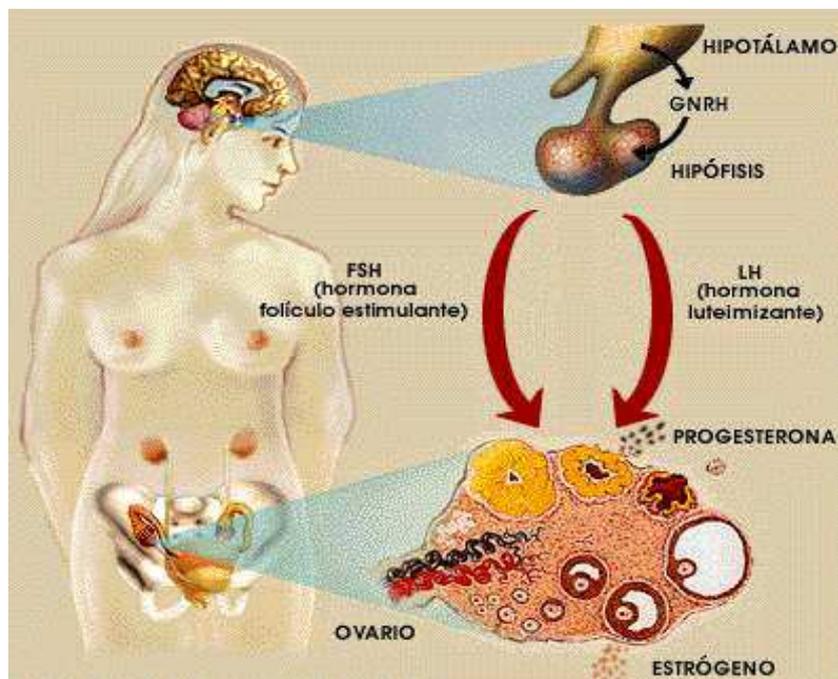
4.4 FISIOLÓGIA DE LA REPRODUCCIÓN

EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIS-OVARIO

Hipótalamo: Regula la secreción de la adenohipofisis mediante hormonas que, a través del sistema portal, se acumulan en el lóbulo posterior de hipófisis y estimulan o inhiben la secreción de hormonas gonadotropicas.

Adenohipofisis: Mediante un tipo de pequeñas células basofilas en el lóbulo anterior, produce las hormonas gonadotropicas, hormona estimulante del folículo (HEF), hormonaluteinizante (HL) o estimulante de células intersticiales (HECI), cuya secreción es controlada por las hormonas hipotalámicas y ováricas, así como por las mismas gonadotropinas. Estas sustancias aparecen a los nueve años de edad, pero hasta dos años antes de la menarquía alcanzan niveles mensurables⁴.

en los núcleos hipotalámicos se originan la hormona liberadora de HEF y la hormona liberadora de HL que, a través del sistema porta, estimulan la adenohipofisis para que produzca HEF y HL, las cuales actúan sobre el ovario, estimulando la maduración ovular, el crecimiento folicular, la ovulación y simultáneamente la producción de estrógenos y progesterona.



4. Héctor Mondragón castro, Obstetricia básica ilustrada, quinta Edición, México, trillas, 2006, página24

4.4.1 CICLO SEXUAL FEMENINO

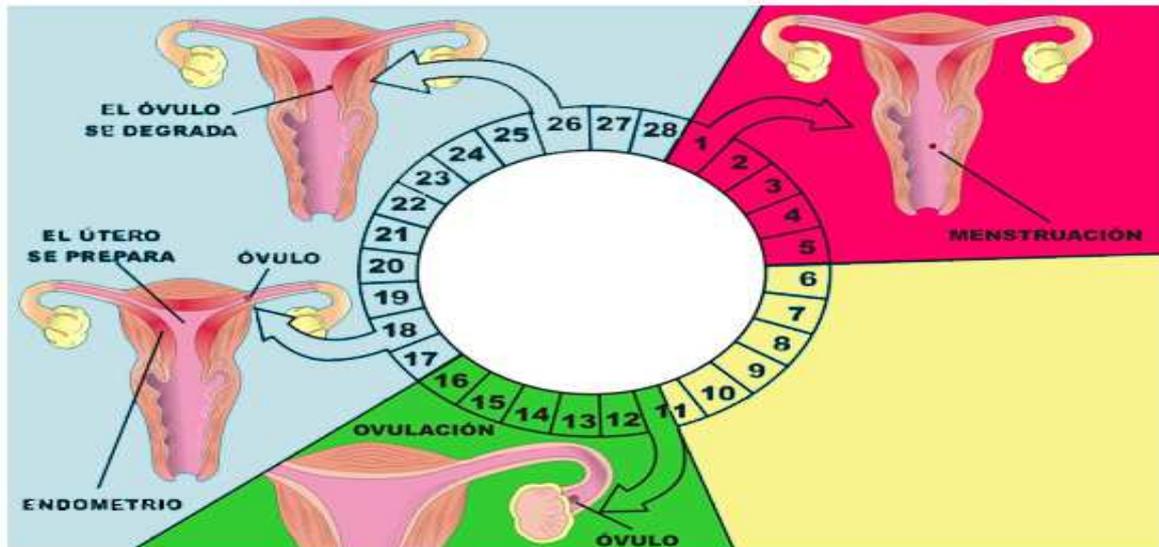
MENSTRUACIÓN

Es un proceso catabólico y se encuentra bajo la influencia de las hormonas hipofisarias y ováricas.

CICLO MENSTRUAL

Los ciclos menstruales normales se encuentran regulados con precisión por la secreción de gonadotropinas de la hipófisis anterior hacia la circulación general. Al iniciarse cada ciclo, la FSH estimula a los folículos listos para su maduración a fin de que se desarrollen. Uno de ellos rara vez supera a los demás para formar un folículo de Graaf prominente. A continuación sobre viene regresión de los folículos restantes.

Entre tanto, las células de la teca luteinica de los folículos producen estrógenos. Los estrógenos ováricos principales son estrona (E1), estradiol (E2) Y estriol (E3) en pequeñas cantidades. Entre el octavo y el noveno días del ciclo deja de incrementarse la concentración de estrógenos, empiezan a fluctuar las concentraciones de LH y FSH. Cerca del decimocuarto día, la descarga súbita de LH desencadena la rotura del folículo y la ovulación (expulsión del ovulo). Se produce una hemorragia leve, y el folículo vacío queda pronto lleno de sangre, que se coagula (folículo hemorrágico). LH y tal vez prolactina estimula la luteinización de las células granulosas, y se forman de esta manera un cuerpo lúteo. Las células luteinicas de la granulosa producen progesterona, que llega a su concentración máxima entre los días 23 Y 24 del ciclo. Si no ha ocurrido en estos momentos fecundación ni anidación del ovulo (embarazo), el cuerpo lúteo experimenta regresión. Las concentraciones de progesterona y estrógenos disminuyen a continuación para llegar a nivel crítico cerca del día 28 del ciclo, momento en que sobreviene la hemorragia endometrial.



El ciclo ovárico se divide en tres fases:

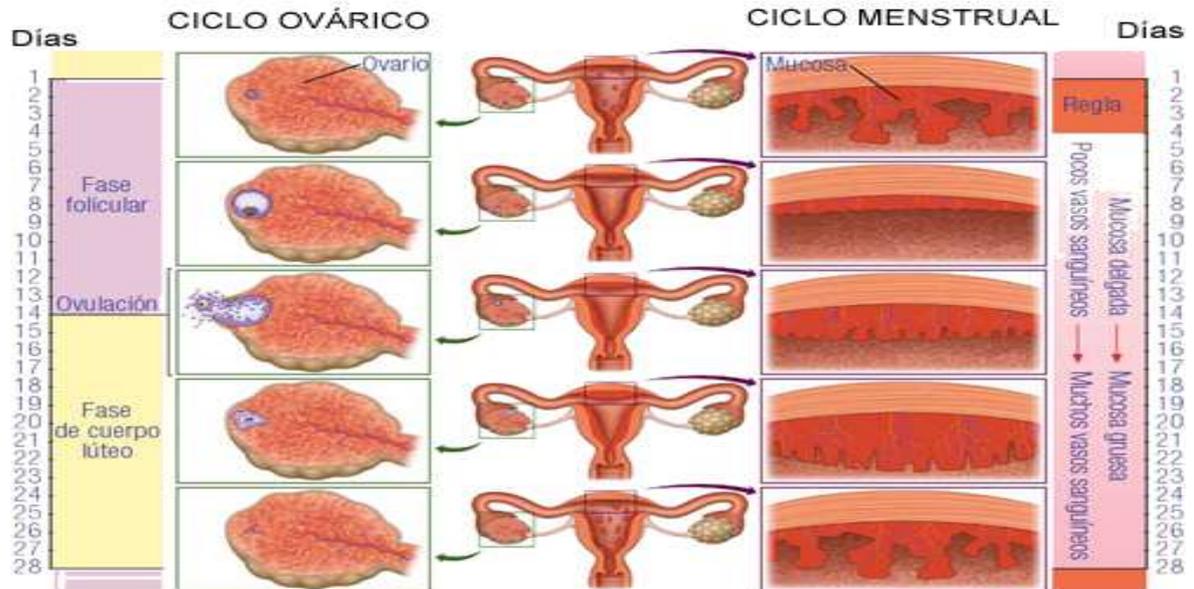
- a) Folicular o preovulatoria
- b) Ovulatoria
- c) Lútea o postovulatoria

Fase folicular: Al terminar la menstruación, varios folículos son liberados por la acción inhibitoria que sobre la hipófisis ha ejercido el cuerpo amarillo del ciclo anterior; dichos folículos se desarrollan y proceden a madurar por la acción de la HEF que libera la hipófisis. Solo uno alcanza generalmente la madurez, liberando un ovulo; el resto presenta atresia folicular. Al ir madurando el folículo, se desplaza hacia la corteza del ovario y forma el estigma, zona cortical en la que ocurre la ruptura folicular y expulsión del ovulo.

El desarrollo folicular depende de la presencia de las hormonas gonadotropicas HEF y HL; el ovario responde produciendo estrógenos en forma simultánea al crecimiento del folículo y maduración del ovulo. Estas sustancias alcanzan su máximo nivel antes de la ovulación. Unas 24 o 48 horas antes de que ocurra la ovulación, hay un aumento súbito de HEF y HL; esta última alcanza un nivel mayor y desempeña un papel más importante en la ruptura folicular.

Fase ovular: Tienen lugar aproximadamente en la mitad de intervalo entre una menstruación y la siguiente (día 14) y depende de la proporción existente entre los niveles de HEF y HL, que se ven afectados por la producción de estrógenos.

Fase lútea: Con la formación del cuerpo amarillo ocurre la producción de progesterona, que pronto alcanza niveles elevados. Las gonadotropinas hipofisarias sufren un descenso en sus niveles por la acción inhibitoria que ejercen los estrógenos y la progesterona (retroalimentación). Antes de que aparezca el flujo menstrual existe una disminución súbita de los niveles de estrógenos y progesterona.



4.4.2 CICLO ENDOMETRIAL

Es el intervalo entre el primer día del flujo menstrual y el día que precede a la siguiente menstruación. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios trascendentes en diversos tejidos del aparato genital.

Este ciclo se divide en tres fases:

- d) Proliferativa
- e) Secretoria
- f) Menstrual

Fase ovulatoria, proliferativa o estrogenica: se inicia en el momento de la ovulación, cerca del día 14 del ciclo de 28 días. Como no ocurren cambios apreciables en el endometrio dentro de las 24 a 36 horas que siguen a la ovulación, no se puede distinguir entre los endometrios del día 14 y del día 15. Los cambios distintivos aparecen en las células glandulares al decimosexto día y a continuación, lo que indica actividad del cuerpo lúteo y tal vez ovulación.

Fase secretoria o progesteronica: se inicia, desde el punto de vista técnico, con la ovulación. Al día 16 se incrementa la tortuosidad de las glándulas, hay muchas imágenes mitóticas, y aparecen vacuolas basales cargadas de glucógeno. Al día 17 es más pronunciada la vacuolización de las células. Cerca de los tercios de la porción basal de estas glándulas contienen líquido cargado de glucógeno, se observa edema ligero y son más raras las mitosis. El día 18 es manifiesta la secreción de líquido por las glándulas. Esto corresponde al momento en que el ovulo está libre dentro de la cavidad uterina y debe obtener su nutrición de las secreciones uterinas.

El día 22 las glándulas son más tortuosas, pero la actividad secretoria es menor y se observa en sus luces secreción mucosa en cantidad considerable. El edema del estroma está ahora en su punto máximo. Esto puede facilitar la implantación del ovulo. Los puntos altos de la actividad secretoria y del edema del estroma coinciden con el periodo de función máxima del cuerpo lúteo. Entre los días 24 y 27 el edema experimenta regresión y las células de estroma sufren metamorfosis en elementos que sugieren a las células de la decidua. El primer cambio se observa en las células que rodean a las arteriolas espirales, con aparición de figuras mitóticas en el estroma perivascular. Las glándulas se vuelven cada vez más tortuosas, con aspecto aserrado de sus paredes. Disminuye la secreción de las células glandulares.

Sobreviene infiltración de neutrófilos polimorfonucleares y monocitos. Por último ocurre la necrosis y esfacelo.

Si sobreviene el embarazo persisten la secreción activa y el edema. Las glándulas se vuelven de aspecto más plumoso y aserrado. Sin embargo, la predecidua no se intensifica de inmediato, salvo alrededor del ovulo.

Fase menstrual: el edema endometrial y los cambios degenerativos que ocurren al final de la fase secretoria ocasionan necrosis tisular. Esta se distribuye de manera irregular por todas las capas endometriales, salvo la basal.

La necrosis hace que se rompan los vasos sanguíneos, con producción de hemorragias pequeñas diseminadas. Estas aumentan y entran en coalescencia en hematomas que se propongan, los cuales a su vez, causan separación del endometrio y rompen más aun los vasos sanguíneos pequeños. El desprendimiento de fragmentos tisulares suele iniciarse en manchas cerca de 12 horas después de iniciarse la hemorragia en los ciclos ovulatorios.

Es importante que se separe un molde completo de la cavidad endometrial en la llamada dismenorrea membranosa. Este transtorno doloroso es resultado de separación súbita de toda la cubierta endometrial secretoria, tal vez porque la sucesión de acontecimientos descritos es anormalmente rápida y completa.

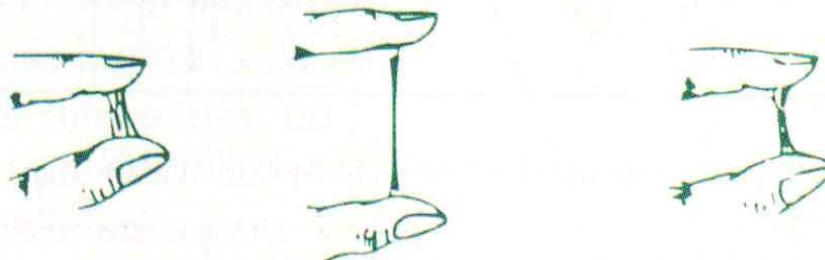
Se supone que se pierden cerca de dos terceras partes del endometrio con cada menstruación ovulatoria. En el momento en que interrumpe el flujo vivo de sangre, habrá ocurrido retracción y separación del tejido sobre la porción mayor de la superficie de la cavidad uterina.

Después de un periodo menstrual de cuatro a siete días la hemorragia disminuye de manera gradual. El rezumamiento regional se reduce por constricción y trombosis de las arteriolas espirales no lesionadas que quedan, de modo que acaba por interrumpirse la formación de sangre en manchas.

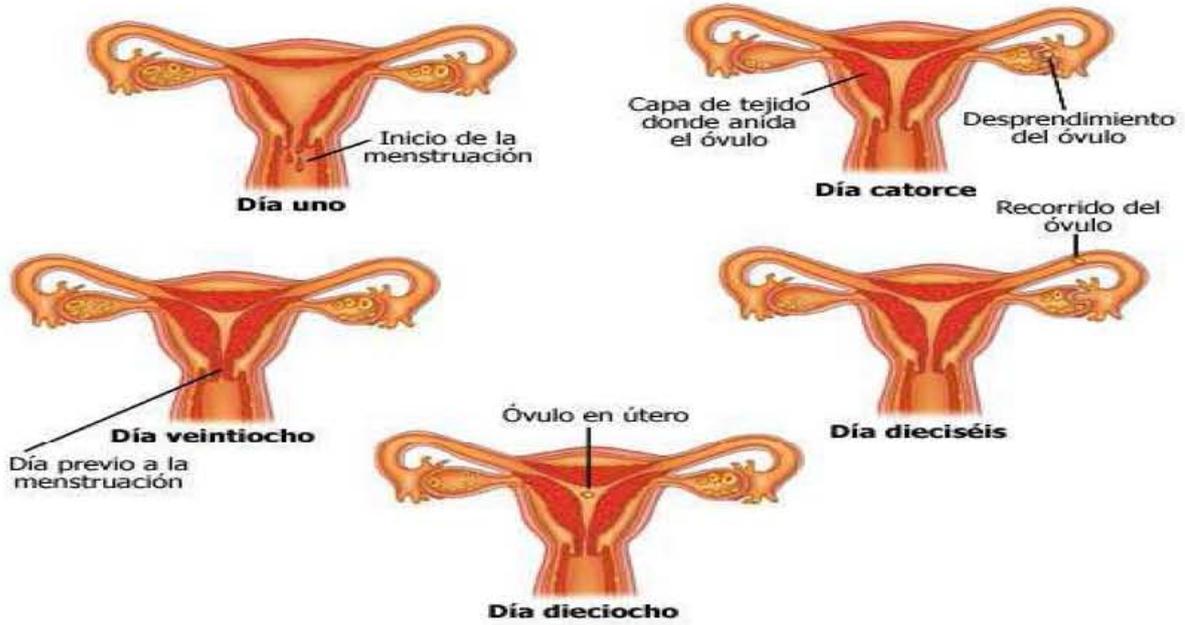
El intervalo entre la ovulación y la menstruación, en condiciones normales es casi de 14 días. En contraste, en el periodo preovulatorio, el intervalo entre el primer día de la menstruación y el día de la ovulación puede variar desde siete u ocho días hasta más de un mes. Esta variabilidad del periodo preovulatorio explica la disparidad de los intervalos entre los periodos menstruales.

Ciclo cervical: En los primeros días el moco cervical es opaco y muy poco elástico; el 14 día aumenta el tamaño y la capacidad secretoria de las glándulas endocervicales. El moco se torna claro y muy filante, lo cual permite que los espermatozoides penetren fácilmente. Al realizar frotis revela forma de helecho.

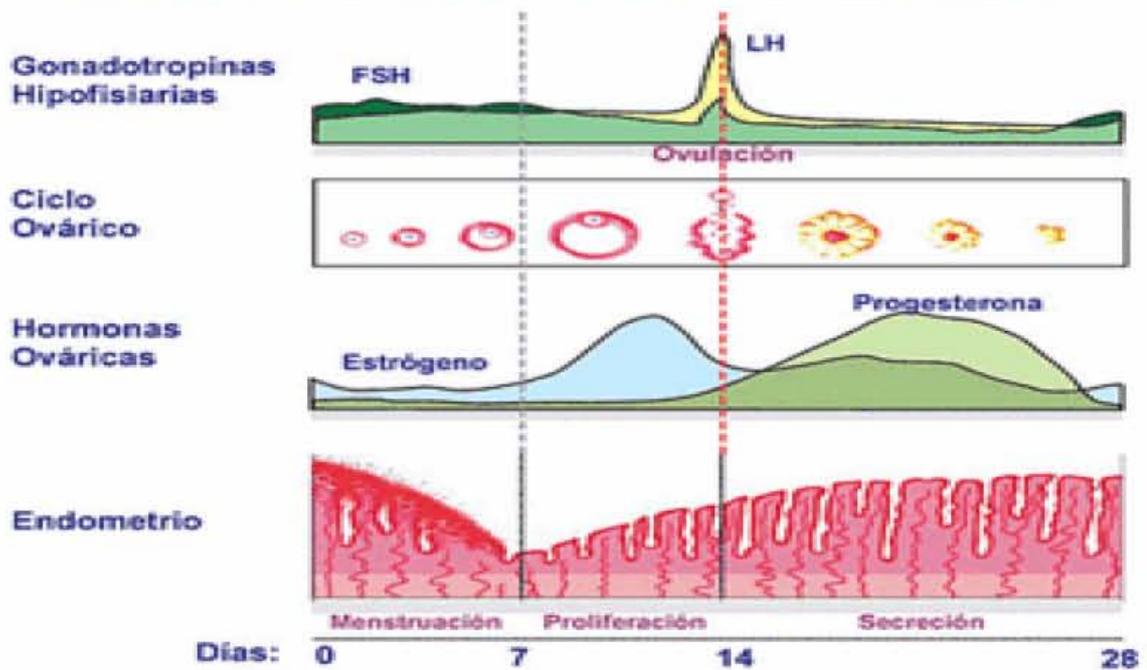
Inicio de menstruación	Período seco	PERIODO FERTIL	Período seco	Inicio de la próxima menstruación
1º 2º 3º 4º	5º 6º 7º 8º 9º	10º 11º 12º 13º 14º 15º 16º 17º	18º 19º 20º 21º 22º 23º 24º 25º 26º 27º 28º	



Ciclo vaginal: La vagina muestra cambios en sus células de descamación; en la primera mitad del ciclo predominan a células cornificadas basofílicas y después del día 14 aparecen células eosinofílicas y naviculares⁵.



CICLO REPRODUCTIVO FEMENINO

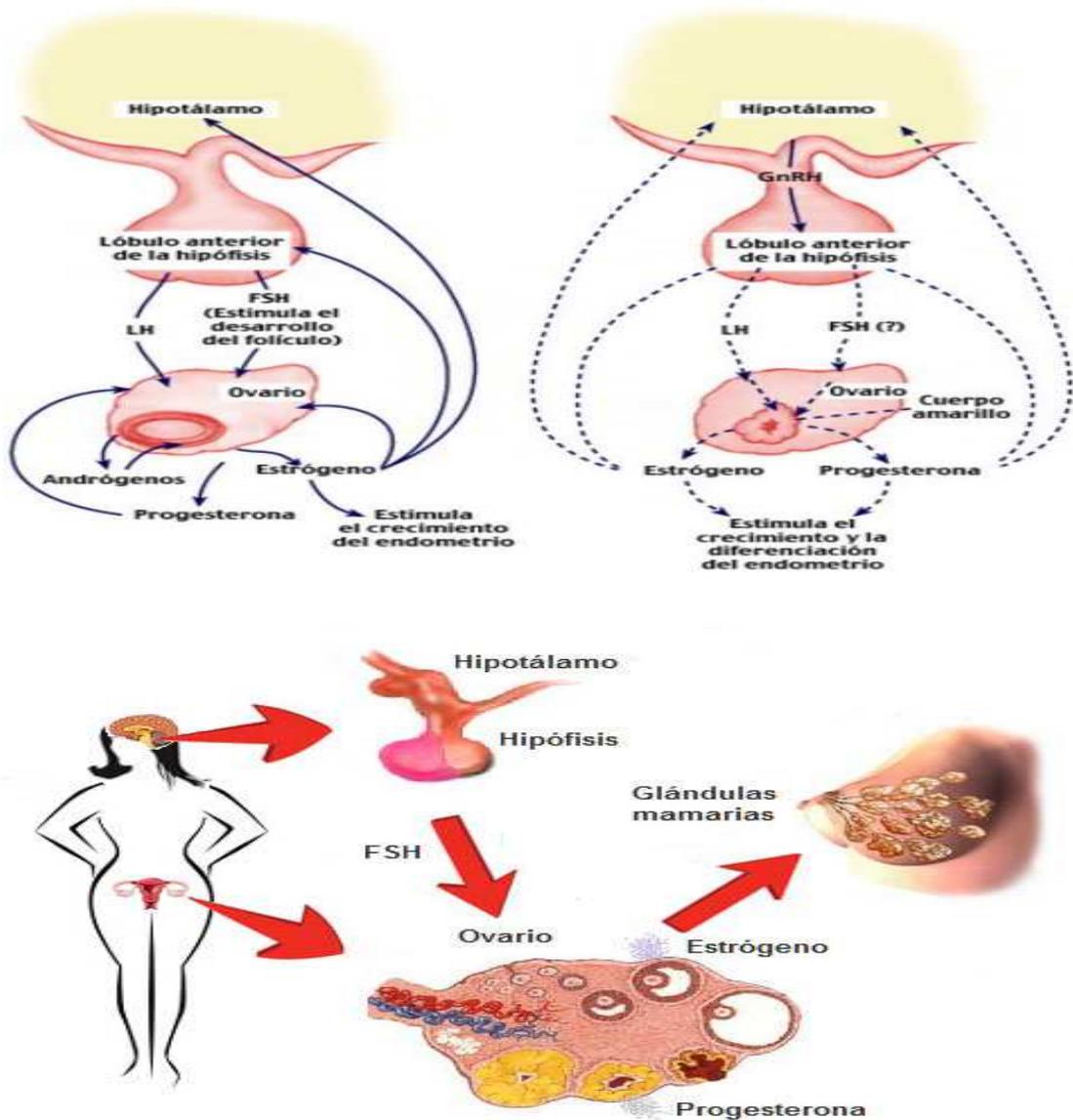


5. Héctor Mondragón castro, Obstetricia básica ilustrada, quinta Edición, México, trillas, 2006, página28

4.4.3 EFECTOS DE LOS ESTRÓGENOS Y LA PROGESTERONA EN EL ORGANISMO

Estrógenos: Su función principal propiciar la aparición y observación de los caracteres femeninos típicos (mamas, genitales externos, tejidos derivados de los conductos de muller); influye en la fisiología femenina en general, al actuar sobre el hipotálamo y la hipófisis.

Progesterona: Su función principal es preparar el endometrio para que ocurra la implantación del huevo fecundado y preservar el embarazo; su efecto se limita solo al útero.



EFFECTOS QUE EJERCEN LOS ESTRÓGENOS Y LA PROGESTERONA EN DIVERSAS PARTES DEL ORGANISMO

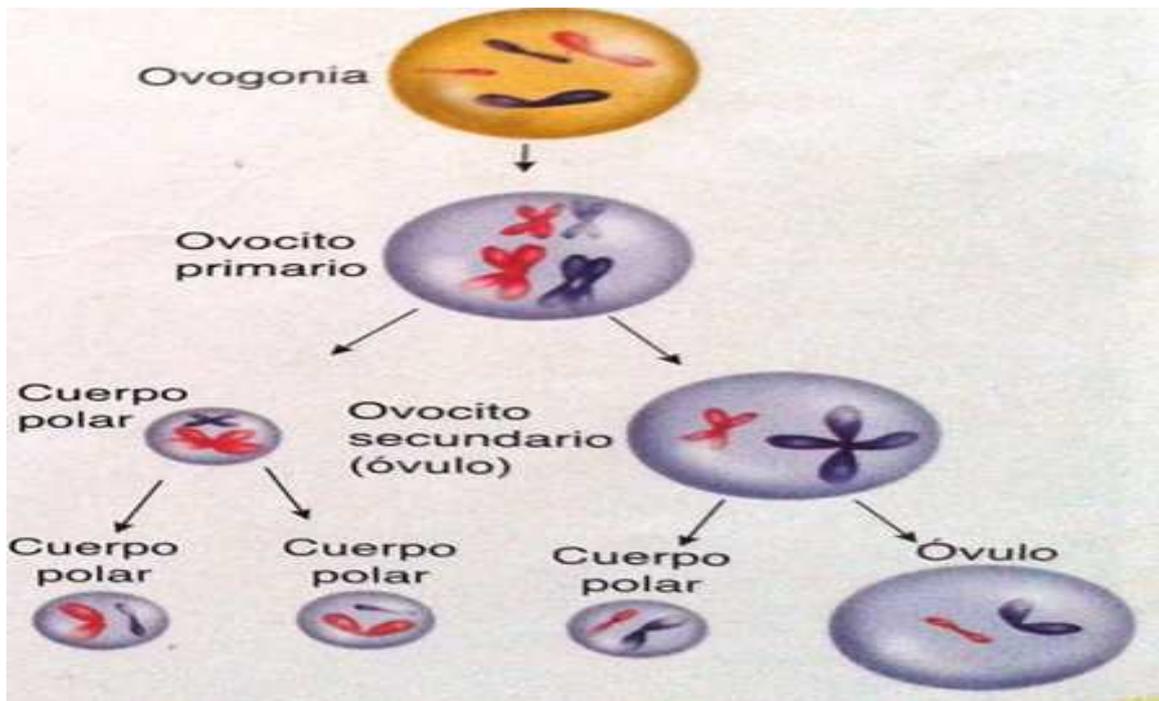
ESTRÓGENOS		PROGESTERONA
Aparición de mitosis glandulares (día 4 a 16) pseudoestratificación de los núcleos (día 4 a 16) Edema del estroma (día 4 a 10) Mitosis en células del estroma (día 6 a 14) Infiltración con leucocitos (día 1 a 7)	ENDOMETRIO	Vacuolización basal (día 14 a 20) Secreción glandular de sustancias insípida (día 16 a 24) Edema del estroma (día 17 a 24) Reacción pseudodecidual (día 24 a 28) Mitosis del estroma (día 14 a 18) Infiltración leucocitaria (día 24 a 28)
Aumento de tamaño de glándulas y mayor producción secretoria, Cambios en el moco cervical de opaco y viscoso a claro y muy elástico (filantez)	CÉRVIX	Fácil penetración espermático (después del día 14) Moco escaso y espeso
Aumento del tamaño Aumento de riego sanguíneos Aumento de contractibilidad muscular rítmica	UTERO	Paraliza la contractibilidad muscular uterina
Controla la motilidad tubarica	TROMPAS	Disminuye la motilidad de las trompas
Facilita la actividad del epitelio germinal y el desarrollo de folículos primarios, Ayuda al depósito del epitelio germinal y teca interna (precursor de esteroides)	OVARIO	
Desarrollo progresivo del epitelio vaginal: engrosamiento de capa intermedia, proliferación de capa basal con mitosis presencia de células cornificadas, picnosis creciente y desaparición de granulos del citoplasma modificaciones en la acidez (pH: 4,0 al inicio y 7.0 a 8.0 durante la ovulación).	VAGINA	Exfoliación de células intermedias Aumento de células eosinofílicas (precornificadas), Tiras de moco y conglomerados de células, Presencia de células naviculares
Estimulación de los conductillos, Hiperemia y edema del tejido mamario intersticial, erección del pezón, eHiperpigmentación de areola.	MAMAS	Proliferación del epitelio acinar de los conductos lácteos, Producción de pequeñas gotitas que se reúnen en los conductillos
Temperatura basal baja y constante (36 °), Ligero descenso de la cifra de hemoglobina, Cambios en la libido y la actividad sexual, Aumento de grasa subcutánea, Acción anabólica, Desarrollo mamario y de genitales externos	CAMBIOS GENERALES	Elevación de la temperatura basal y disminución de esta al descender las cifras de progesterona (curva bifásica), Cambios emocionales.

4.4.4 GAMETOGENESIS

MADURACIÓN DE CÉLULAS GERMINALES

La maduración del ovulo y del espermatozoide tiene por objeto reducir la carga cromosómica de ambas células para que con la fusión de las mismas se integre una célula completa.

Ovogénesis: Durante la vida embrionaria, los ovocitos primarios experimentan solo una parte de primera división meiotica. Entonces esos mismos ovocitos primarios entran en fase de reposo hasta la pubertad. (Esta fase de reposo puede variar entre los 12 y los 50 años, dando amplia oportunidad para que pueda dañarse el material genético de los ovocitos) cuando empieza la pubertad, estos ovocitos primarios completan la primera división meiotica, de modo que la ovulación que la ovulación puede tener lugar con un ritmo mensual. Cada mes, generalmente un único ovocito empieza a aumentar de tamaño y espesor y desarrolla una membrana protectora, la zona pelucida. El folículo de De Graff aumenta de tamaño y las células foliculares forman una capa espesa, llena de líquido, alrededor del ovocito. Tan pronto como madura el folículo de De Graff, el ovocito emprende una división meiotica para producir dos células de tamaño desigual; el ovocito secundario recibe todo el citoplasma y entra en la segunda división meiotica. Esta segunda división se completa solo si el ovulo es fecundado. De no ser así el ovulo degenera y es eliminado del organismo.

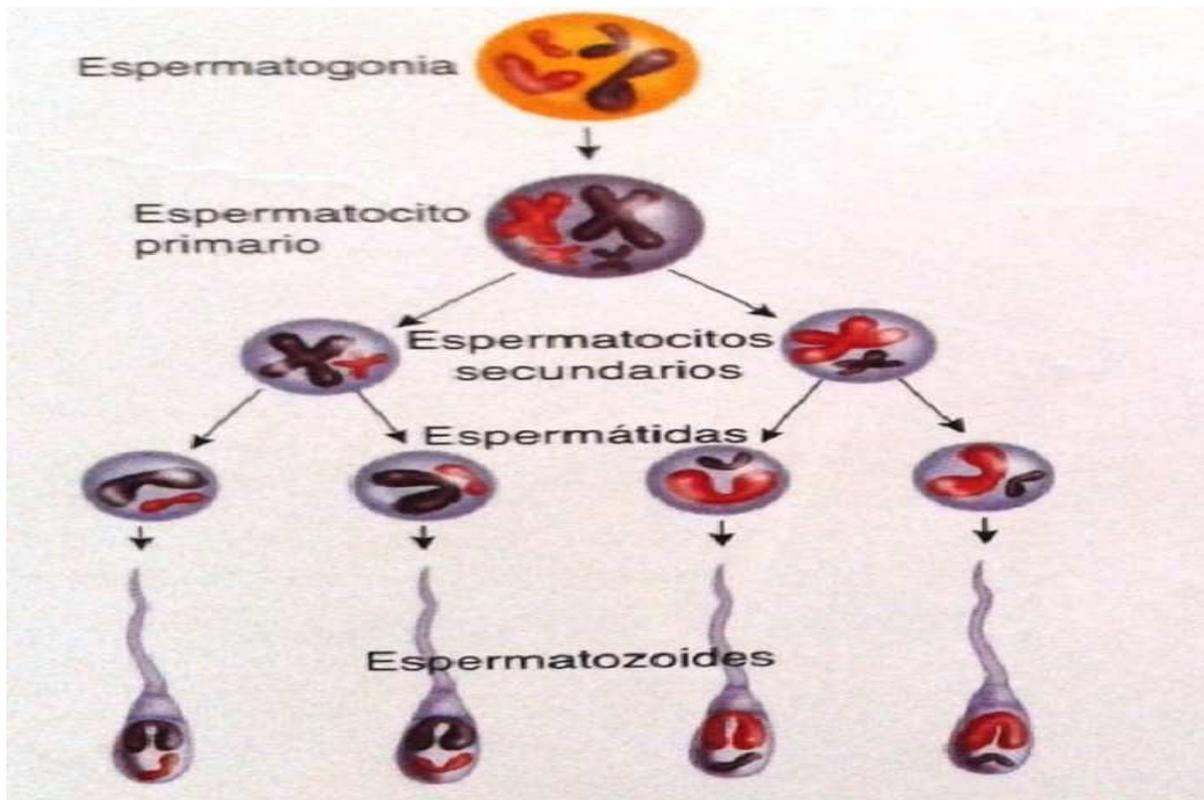


Espermatogenesis: Se inicia cuando comienza la pubertad y puede continuar incluso hasta la octava década de la vida.

Una vez iniciada es un proceso continuo, no cíclico. Necesita unas 72 horas para que el espermatocito primario se desarrolle a espermatozoide maduro.

Los espermatocitos primarios inician la primera división meiótica, lo que produce dos espermatocitos secundarios. A continuación, el espermatocito secundario sufre la segunda división meiótica para dar lugar a cuatro espermatidas. Estas espermatidas contienen la mitad del número de cromosomas del espermatocito primario.⁶

El espermatozoide maduro carece virtualmente de nutrición cuando se separa del semen. Por tanto, después de la eyaculación, solo algunos de ellos podrán sobrevivir hasta 72 horas.



6. Elizabeth Jean Dickason, Enfermería Materno Infantil, Tercera edición, Brasil, Harcourt brace 1999, página 122

4.4.5 FECUNDACION, IMPLANTACION Y DESARROLLO EMBRIONARIO

FECUNDACIÓN

Los espermatozoides ascienden por las vías genitales de la mujer por la acción flagelar de su cola y la ayuda de las concentraciones uterinas. Las prostaglandinas contenidas en el semen pueden aumentar las contracciones del musculo liso uterino, y por lo tanto ayudan al transporte de los espermatozoides. La trompa de Falopio tiene una acción ciliar doble en ambas direcciones, lo que facilita el movimiento del ovulo hacia el útero y la propulsión de los espermatozoides en sentido contrario, hacia el ovario. El ovulo carece de capacidad inherente para desplazarse.

El proceso de capacitación de los espermatozoides debe preceder a la reacción acrosomica que participa en la fecundación del ovulo. Durante la capacitación, la membrana plasmática que esta sobrepuesta a la región acrosomica del espermatozoide pierde las proteínas plasmáticas seminales y su cubierta glucoproteínica. Ocurre capacitación en las vías reproductivas de la mujer, y parece requerir aproximadamente siete horas.

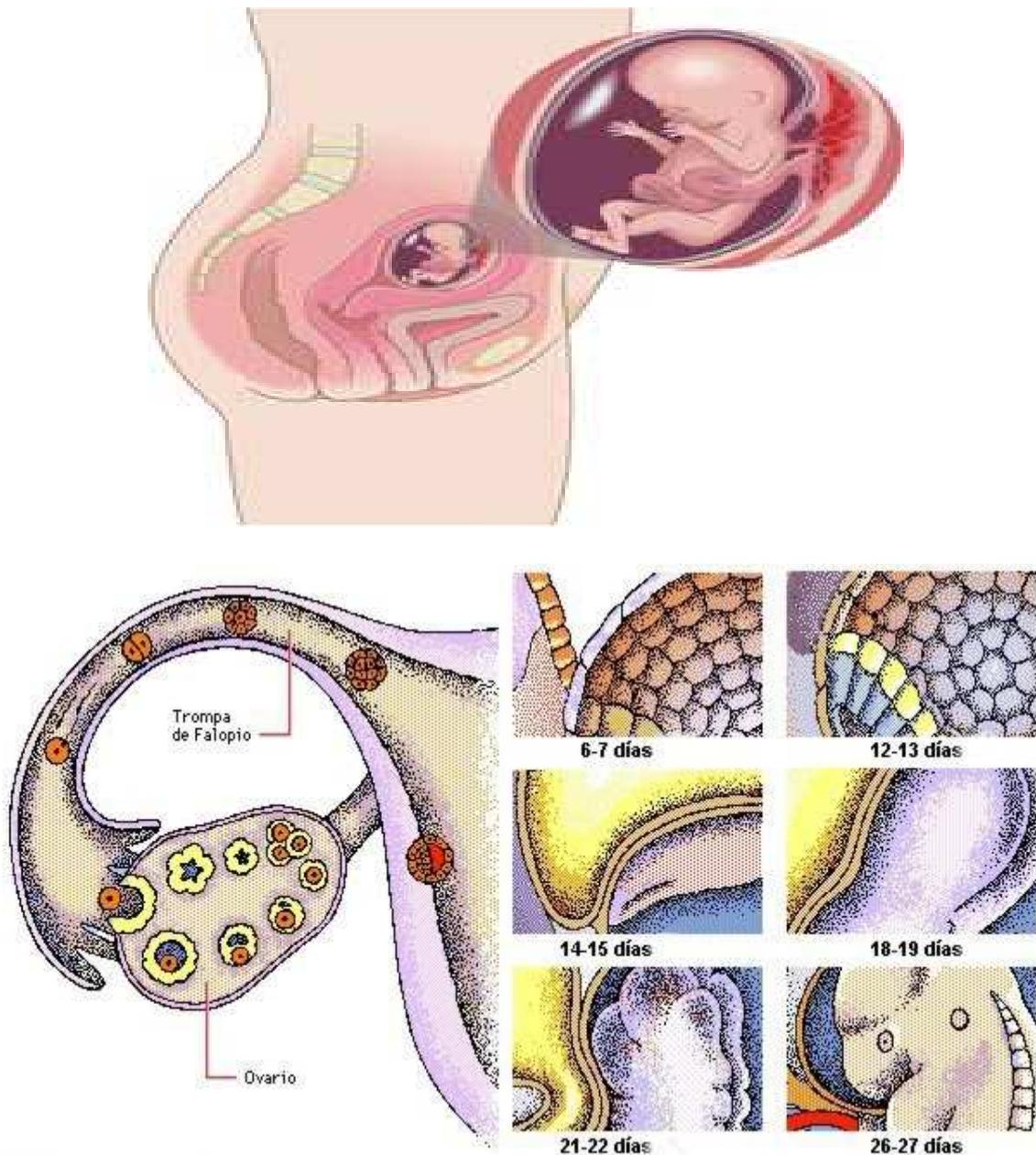
El acrosoma que cubre la cabeza del espermatozoide contiene la enzima hialuronidasa. Como con varios millones de espermatozoides que rodean al ovulo, depositan su cantidad minúscula de hialuronidasa en este punto. Esta cavidad se llama reacción acrosomica; libera suficiente acido hialuronico sobre la capa exterior del ovulo para que penetre a través de la misma un espermatozoide. En el ovulo solo entra la cabeza y el cuello del espermatozoide; la cola se desprende y se queda en la membrana exterior del ovulo. Simultáneamente con la penetración ocurre un cambio celular en el ovulo que lo vuelve impenetrable a los otros espermatozoides; por lo tanto, solo entra un espermatozoide en un ovulo.

En el momento de la penetración termina la segunda división meiotica en el núcleo del ovulo, y se expulsa el segundo cuerpo polar. Cada segmento contiene un número haploide de cromosomas (23 cromosomas); al unirse se restablece el número diploide, con lo que quedan 46 cromosomas en total. En este momento se establece también el sexo del descendiente. El aproximarse los núcleos masculino y femenino entre si se forma un huso mitotico entre ambos, desaparecen sus membranas nucleares y se aparean sus cromosomas a lo largo de la zona ecuatorial del aparato del huso recién formado.

Esta nueva célula se forma a partir de la unión de un gameto masculino y uno femenino. Se llama cigoto, y contiene una nueva combinación de material genético que da por resultado a un individuo distinto a cualquiera de los progenitores y a cualquiera otra persona en el mundo.

El desarrollo humano intrauterino después de la fecundación se puede dividir en tres fases:

- 1) Duplicación celular
- 2) Diferenciación celular
- 3) Desarrollo de los sistemas orgánicos



MULTIPLICACIÓN CELULAR

La multiplicación celular se inicia con el transporte del ovulo recién fecundado a través de la trompa de Falopio en dirección a la cavidad uterina. Este transporte requiere de tres o más días.

Se produce principalmente una corriente de líquido muy débil en la trompa de Falopio resultante de la acción batiente del epitelio ciliado que reviste su interior.

El cigoto entra en un periodo de divisiones mitóticas rápidas llamado segmentación, durante el cual se divide en dos células, cuatro células, ocho células, etc. Las células que se producen durante este periodo se llaman blastómeros, y son tan pequeñas que su masa en desarrollo es solo ligeramente mayor que el cigoto original. Los blastómeros se conservan unidos entre si por la zona pelucida, y por ultimo forman una esfera solida de células que se conocen con el nombre de mórula. Después de llegar al útero la mórula flota libremente unos cuantos días dentro del mismo y experimenta cambios que dan por resultado desarrollo de una cavidad en su interior.

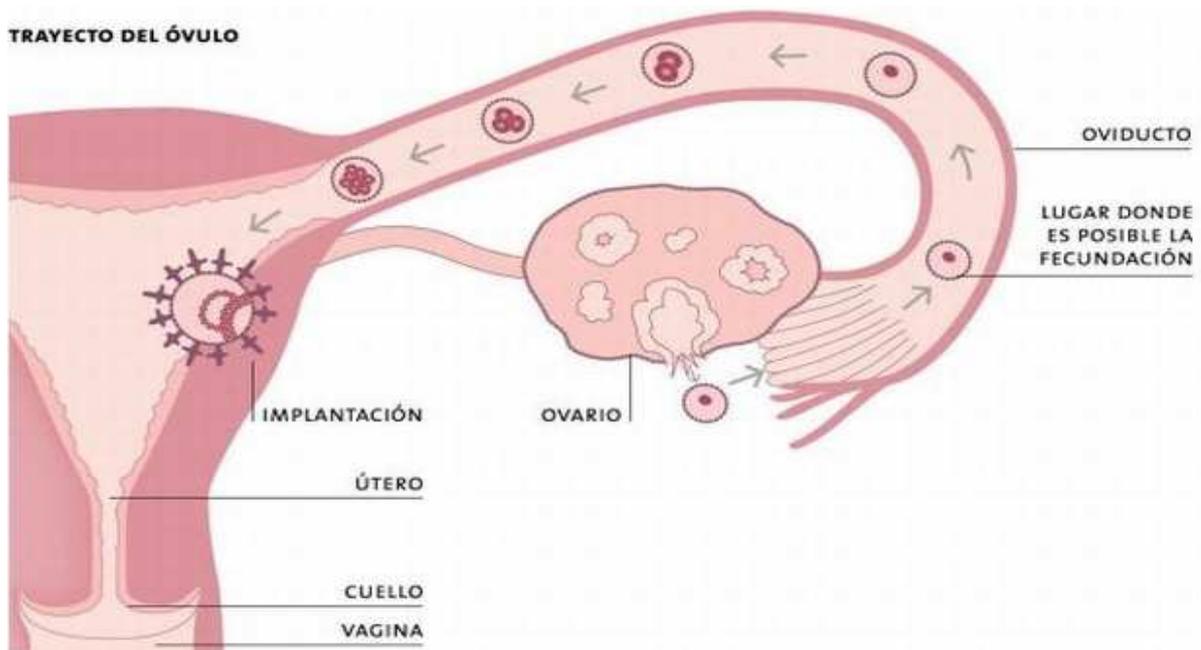
La acumulación interior solida de células se llama blastocito, y la capa exterior que forma la cavidad y restituye la zona pelucida se conoce como trofoblasto. Por último, trofoblasto se convierte en una de las membranas embrionarias llamada corion. El blastocito se convierte en embrión y en las otras membranas embrionarias.



IMPLANTACION

Mientras flota libremente en la cavidad uterina, el blastocito obtiene su nutrición de las glándulas uterinas que secretan una mezcla de mucopolisacaridos, lípidos y glucógeno. Después de perder la zona pelucida, el trofoblasto recién formado debe adherirse a la superficie del endometrio para obtener nutrición ulterior. El trofoblasto selecciona más a menudo el sitio de implantación en la parte superior de la pared uterina posterior, y a continuación se sepulta entre las células epiteliales cilíndricas y penetran más aun hacia los capilares maternos. Entre los días siete y nueve después de la fecundación, el blastocito se ha implantado en el útero hundiéndose en la túnica uterina hasta que queda totalmente cubierto. La capa del útero se engrosa por debajo del blastocito implantado, y las células del trofoblasto crecen hacia la túnica engrosada y forman salientes llamadas vellosidades.

Bajo la influencia de la progesterona el endometrio ha experimentado cambios que lo preparan para la implantación y la nutrición del ovulo, llamado en este momento huevo. Su vascularidad y su grosor se incrementan en gran medida. Después de la implantación el endometrio se llama decidua. La parte de la decidua que esta por arriba del blastocito se llama decidua capsular; la que está directamente por debajo del blastocito implantado es la decidua basal; por último, la parte que reviste al resto de la cavidad uterina es la decidua verdadera. La parte de la placenta se desarrolla a partir de la decidua basal, que contiene numerosos vasos sanguíneos.



DESARROLLO INTRUTERINO Y PLACENTARIO

La placenta es un órgano encargado del intercambio metabólico entre la circulación embrionaria y materna.

La placenta se forma en el sitio de inserción del embrión en desarrollo sobre la pared uterina. El proceso se inicia con las vellosidades corionicas. El corion como el útero tiene aparatos circulatorios muy extensos. Las células trofoblasticas de las vellosidades corionicas forman espacios en el tejido de la decidua basal, al proliferar las vellosidades corionicas aparecen dos capas trofoblasticas definidas: una exterior, llamada sincitio (constituida por sincitiotrofoblastos) y una interior, llamada Cototrofoblastos.

La permeabilidad placentaria es relativamente ligera durante los primeros meses del desarrollo, dado que las membranas vellosas no se han reducido a su espesor mínimo.

La placenta está compuesta de dos partes:

- a) La parte materna: está constituida por la decidua basal y su circulación, su superficie es roja y carnosa.

La parte central está constituida por las vellosidades corionicas y su circulación.

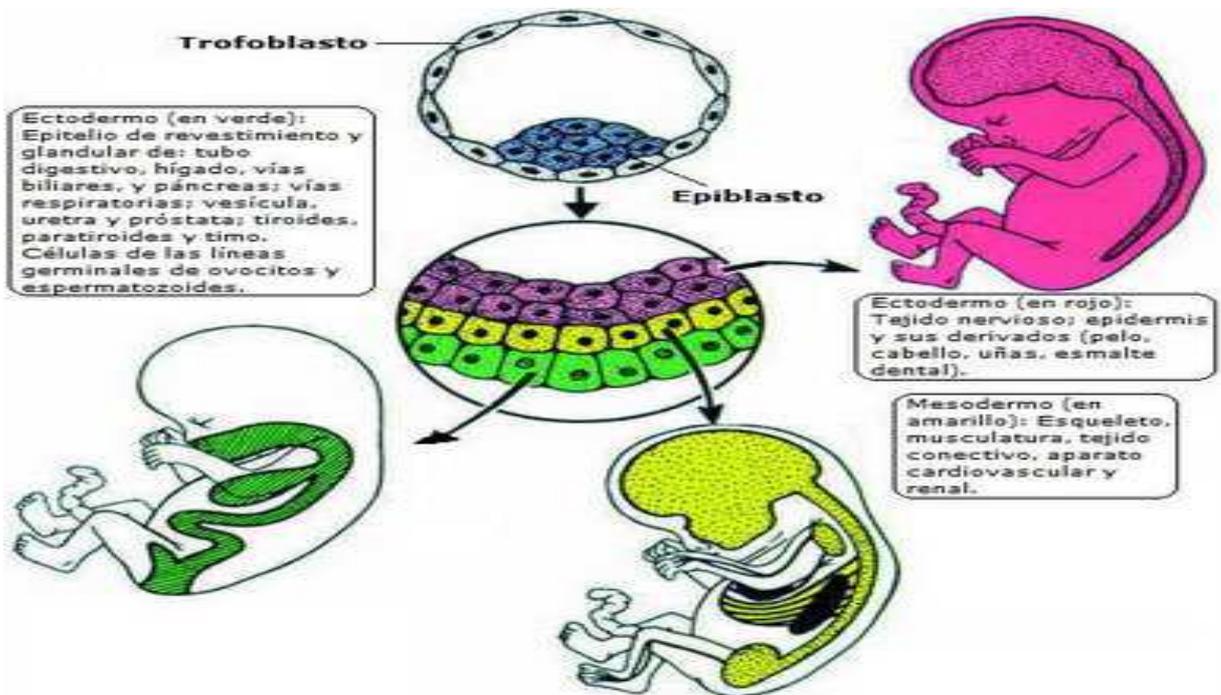
- b) La superficie fetal: está cubierta por el amnios adherido, que por ultimo le brinda una colocación grisácea brillante.

El embrión en desarrollo se encuentra comunicado con el saco vitelino por una región tisular llamada pedículo corporal. El pedículo corporal se alarga y acaba llamándose cordón umbilical.

Los vasos sanguíneos están rodeados por una capa de tejido conjuntivo especializado que se llama gelatina de wharton.

DERIVACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS CORPORALES A PARTIR DE LAS CAPAS CELULARES PRIMARIAS

ECTODERMO	MESODERMO	ENDODERMO
-Epidermis	-Dermis	-Epitelio de la vías respiratorias
-Glándulas sudoríparas	-Pared del aparato digestivo	-Epitelio (excepto nasal) de faringe, lengua, amígdalas, tiroides, paratiroides, timo y cavidad timpánica
-Glándulas sebáceas	-Riñones y uréteres (corteza suprarrenal)	-Túnica del aparato digestivo
-Uñas	-Órganos de la reproducción (gónadas, conductos genitales)	-Tejido primario de hígado y páncreas
-Folículos pilosos	-Tejido conjuntivo (cartílago, hueso, cavidades articulares)	-Uretra y glándulas relacionadas
-Cristalino	-Esqueleto	-Vejiga urinaria (excepto el triángulo)
-Epitelio sensorial de oídos interno y externo, cavidad nasal, senos, boca y conducto anal	-Músculo (todos los tipos)	-Vagina (parte de la misma)
-Sistema nervioso central y periférico	-Aparato cardiovascular (corazón, arterias, venas, sangre y médula ósea)	
-Cavidad nasal	-Pleura	
-Glándulas bucales y esmalte dental	-Tejido y células linfáticas	
-Hipófisis	-Bazo	
-Glándulas mamarias		



CIRCULACION

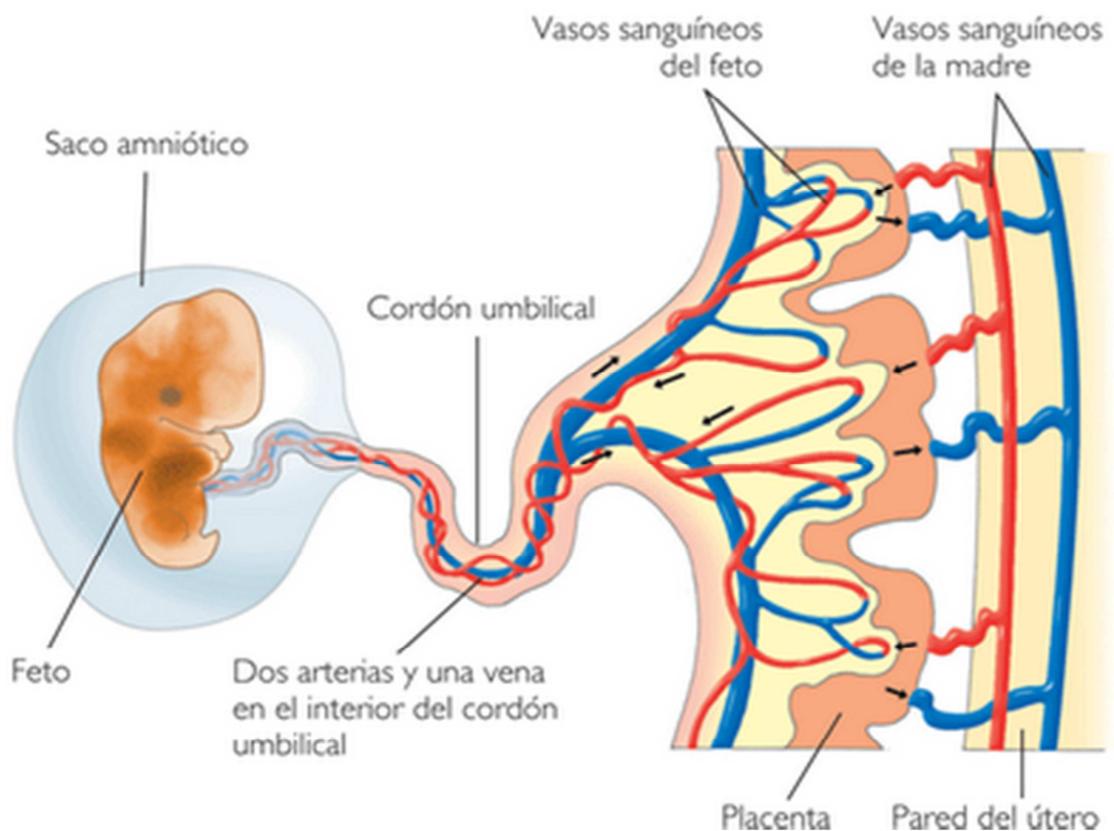
El trofoblasto proliferativo invade con éxito la decidua basal del endometrio y abre primero capilares uterinos, y más tarde vasos uterinos de mayor tamaño. Las vellosidades placentarias son excrecencias del tejido blastocítico. Al seguir creciendo y dividiéndose estas vellosidades empiezan a formarse los vasos fetales.

Hacia la cuarta semana la placenta ha empezado a funcionar como órgano de intercambio metabólico entre embrión y madre.

Funciones

Las funciones placentarias son:

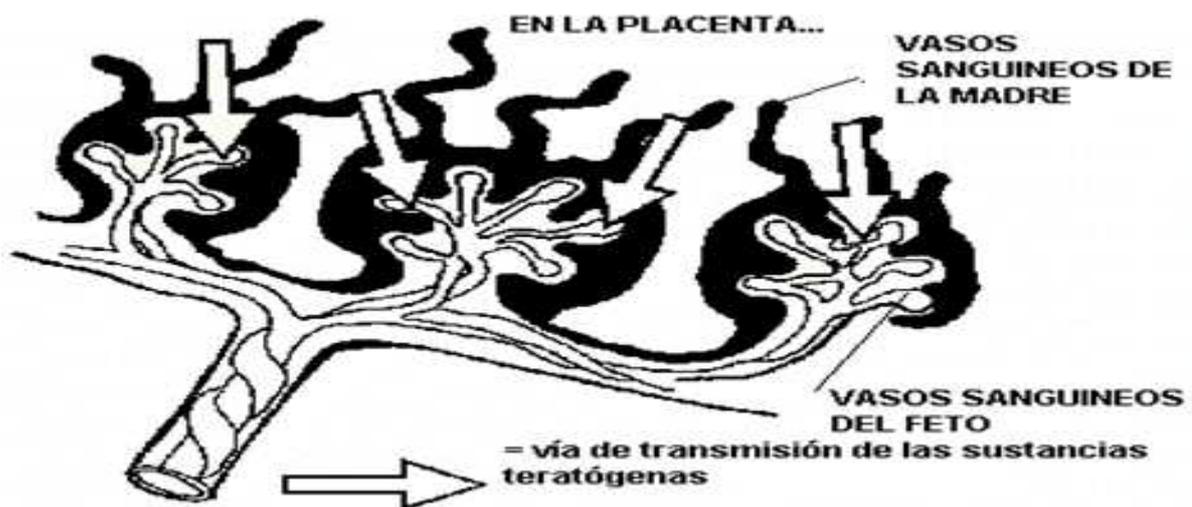
- a) Respiración
- b) Nutrición
- c) Excreción del feto



MECANISMOS DE TRANSPORTE

La placenta ya no se considera una barrera inerte con poros que impidan la transferencia de grandes moléculas y que permitan la de moléculas pequeñas. Es una membrana funcional que regula la transferencia de gran variedad de sustancias por cinco mecanismos principales:

1. **Difusión simple:** No requiere consumo de energía, las moléculas pasan desde una región de mayor concentración hacia otra en la que esta es menor. Las sustancias que se transfieren a través de la membrana placentaria por difusión simple son agua, electrolitos como sodio y cloruro, dióxido de carbono, gases anestésicos y fármacos, el oxígeno se transfiere por difusión facilitada.
2. **Transporte facilitado:** Transferir las moléculas desde una zona de mayor concentración hacia otra en la que esta es menor, las moléculas que se transfieren por transporte placentario facilitado están glucosa, galactosa y cierta cantidad de oxígeno.
3. **Transporte activo:** Requiere energía, se caracteriza por una vía enzimática y puede trabajar contra un gradiente de concentración, con paso de moléculas desde una zona de menor concentración hacia otra de mayor concentración. La placenta se transfiere por transporte activo aminoácidos, calcio, hierro, yodo, vitaminas hidrosolubles y glucosa.
4. **Pinocitosis:** Es importante para la transferencia de grandes moléculas, como albumina y gammaglobulinas, a través de la membrana placentaria.
5. **Circulación en masa:** Se transportan agua y ciertos solutos a través de la membrana placentaria por presión hidrostática y osmótica.



DESARROLLO EMBRIONARIO

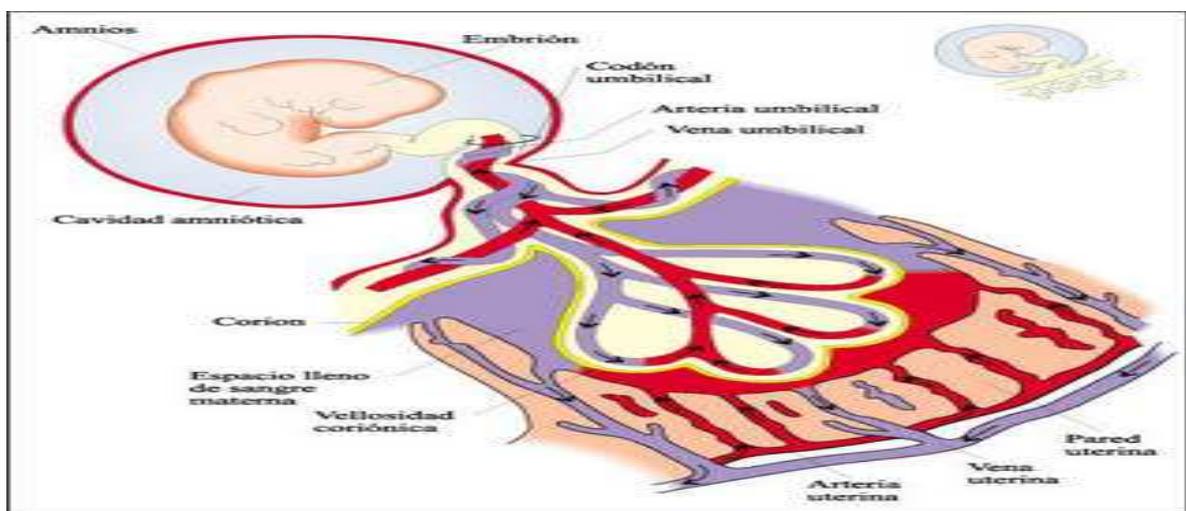
Entre los factores que pueden afectar el desarrollo embrionario la calidad del espermatozoide y el ovulo a partir de los que se forma el cigoto, y código genético establecido durante la fecundación.

Es importante la suficiencia del ambiente intrauterino para el desarrollo óptimo. Si el ambiente no es adecuado antes que ocurra la diferenciación celular, se verán afectadas todas las células del cigoto. Estas pueden morir, lo que dará por resultado aborto espontaneo, o quizás se vuelva lento el crecimiento, según la gravedad de la situación. Cuando la diferenciación es completa y se han formado las membranas fetales, los agentes lesivos tendrán su mayor efecto sobre las células que están experimentando el crecimiento más rápido. Por lo tanto, el momento en que se establece la lesión es crítico para el desarrollo de anomalías.

Debido a que los órganos se forman primordialmente durante el desarrollo embrionario, el organismo en crecimiento se considera más vulnerable a los agentes nocivos durante los primeros meses de la gestación.

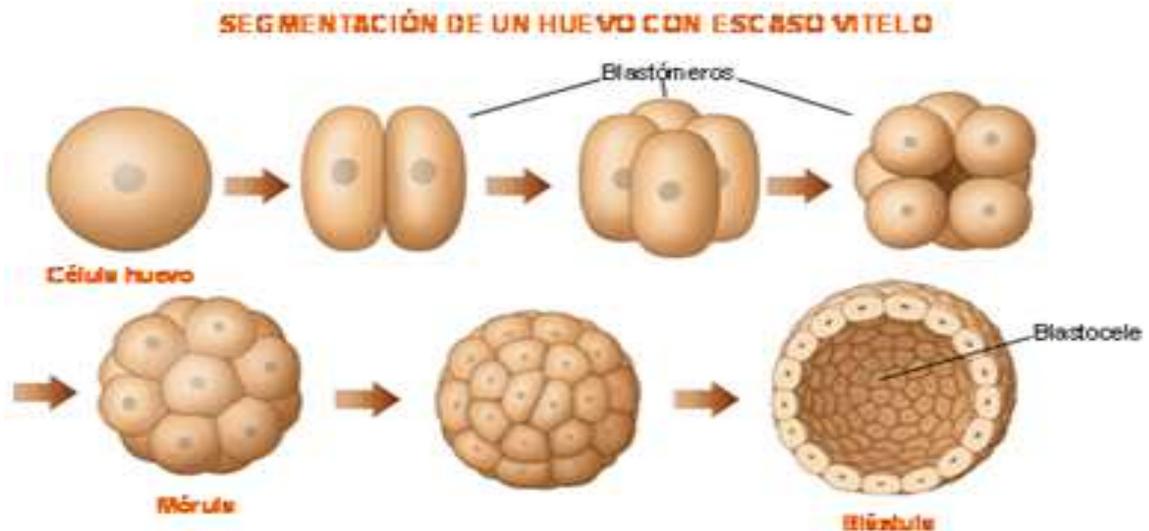
Es de importancia extrema la suficiencia del ambiente materno para el desarrollo embrionario fetal

En este desarrollo el feto debe disponer fácilmente de las sustancias que requiere para el crecimiento de una estructura particular. En general, las materias primas para el desarrollo provienen de la dieta de la madre y no de sus propias reservas corporales. Por lo tanto, las deficiencias temporales de la dieta de la madre, que quizás no le produzca síntomas manifiestos, pueden afectar al embrión o al feto en desarrollo.



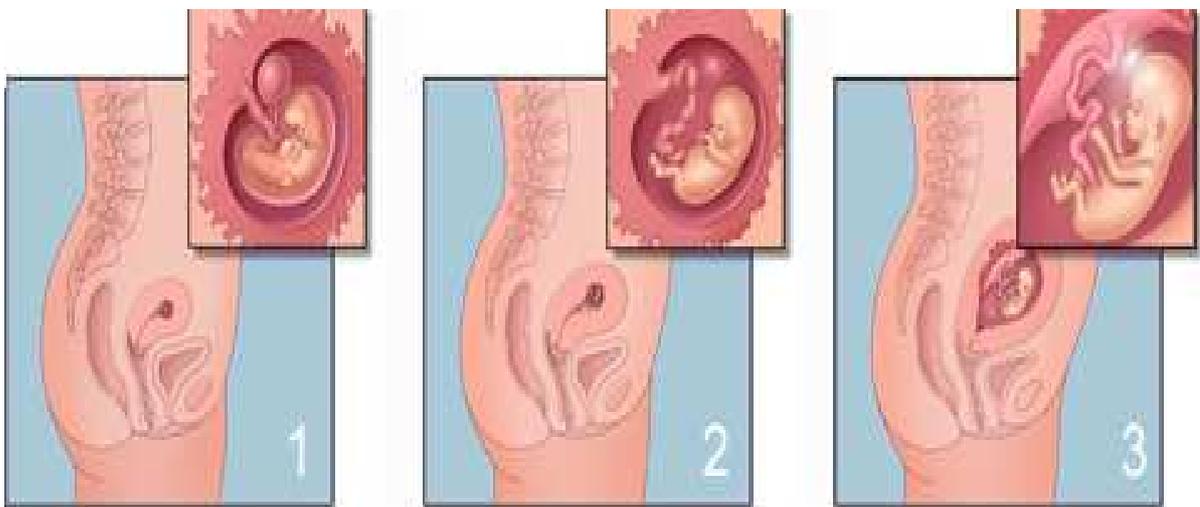
ETAPA PREEMBRIONARIA O ETAPA DEL HUEVO

Los primeros 14 días del desarrollo humano, que se inicia en el día en que se fecundó el ovulo. Se caracteriza por multiplicación y diferenciación celulares extremadamente rápidas y establecimiento de las membranas embrionarias y las capas germinales.



ETAPAS EMBRIONARIAS

La etapa del embrión se inicia en la tercera semana después de la concepción o fecundación, y prosigue hasta aproximadamente la octava semana o hasta que se alcanza una longitud entre coronilla y rabadilla de 3 cm. Esta longitud suele alcanzarse aproximadamente a los 49 días después de la fecundación. La etapa embrionaria es un periodo de diferenciación celular de órganos esenciales y de desarrollo de los rasgos externos principales.

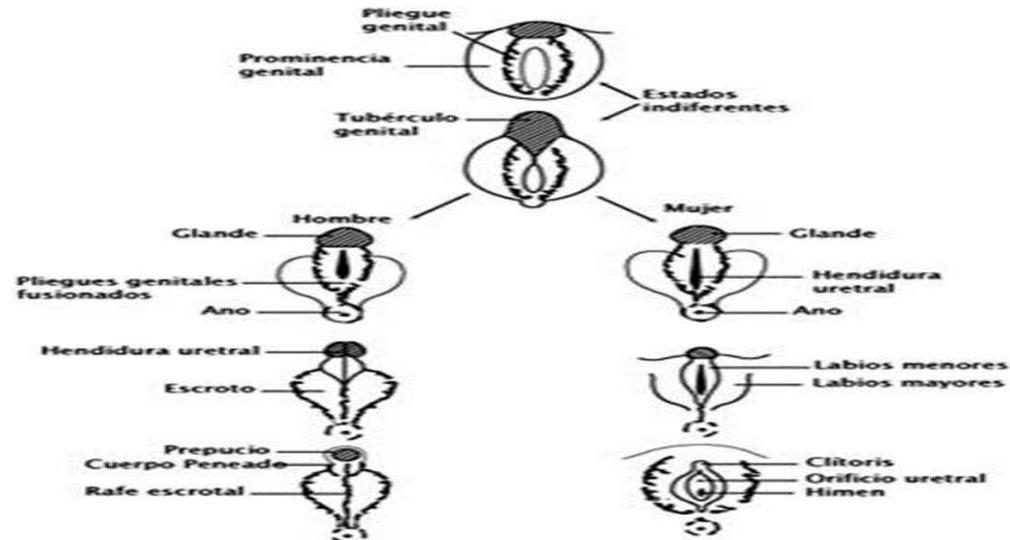


CLASIFICACION DEL DESARROLLO DE SISTEMAS ORGANICOS

Edad gestacional	Longitud	Peso	Sistema nervioso	Sistema musculoesqueletico	Aparato cardiovascular	Aparato digestivo
Concepción 2 a 3 semanas	2 mm C-R		Se forman un surco a lo largo de la línea media del dorso al engrosarse las células; se forma el tubo neural al cerrarse el surco neural.		Se inicia la circulación sanguínea; empieza a formarse el corazón durante la tercera semana.	
4 semanas	4mm C-R	0.4 g	La parte anterior del tubo neural se cierra para formar el cerebro; el cierre del extremo posterior constituye la medula espinal.	Se perciben los primordios de las extremidades.	El corazón tubular esta latiendo a los 24 días y están circulando eritrocitos primitivos por el feto y las vellosidades corionicas.	Boca: formación de la cavidad bucal; se encuentran los maxilares primitivos; el tabique esofagotraqueal empieza la división de esófago y tráquea aparato digestivo; se forma estomago, esófago e intestino y se vuelven tubulares; se están formando los conductos de páncreas e hígado.
5 semanas	8mm C-R	Solo 0.5% del peso corporal total es grasa (hasta las 20 semanas)	El cerebro se ha diferenciado y se encuentra ya los nervios craneales.	Los músculos en desarrollo tienen inervación	Ha ocurrido la división auricular	
6 semanas	12mm C-R			Se encuentran rudimentos óseos; se está formando el esqueleto primitivo; empiezan a desarrollarse los músculos; se inicia la osificación de cráneo y maxilares.	Hay cavidades en el corazón; se pueden identificar grupos de células sanguíneas	Se han formado las cavidades bucal y nasal y el labio superior.
7 semanas	18mm C-R				Pueden percibirse los latidos cardiacos fetales.	Boca: se separa la lengua; se pliega el paladar Aparato digestivo: el estomago alcanza su forma final.

CLASIFICACION DEL DESARROLLO DE SISTEMAS ORGANICOS

Aparato genitourinario	Aparato respiratorio	Piel	sistemas orgánicos específicos	Desarrollo sexual
se inicia la formación de los riñones	Se forman la foveas nasales		Sistema endocrino: aparece tejido tiroideo Ojos: se han formado las cúpulas ópticas y las foveas de los cristalinos ; aparece pigmento en los ojos Oído: las foveas auditiva es ahora una estructura cerrada se inicia la función hepática.	Determinación del sexo
	Se encuentran tráquea, bronquios y primordios pulmonares.		Oído: prosigue la formación de los oídos externo, medio e interno El hígado empieza a producir eritrocitos.	Aparecen las glándulas sexuales embrionarias
Separación entre vejiga y uretra del recto	El diafragma separa las cavidades abdominal y torácica		Ojos: se han formado los nervios ópticos; aparecen los párpados pero están fusionados entre sí; se está engrosado el cristalino	



CLASIFICACIÓN DEL DESARROLLO DE SISTEMAS ORGANICOS

edad gestacional	Longitud	peso	sistema nervioso	sistema musculoesqueletico	aparato cardiovascular	aparato digestivo
8 semanas	2.5 a 3 cm C-R	2g		Se han formado los dedos; diferenciación ulterior de las células en el esqueleto primitivo; los huesos cartilaginosos manifiestan los primeros signos de osificación; desarrollo de los músculos de tronco, extremidades y cabeza; es posible ahora cierta movilidad del feto.	El desarrollo del corazón es esencialmente completo; la circulación fetal sigue dos circuitos; cuatro extraembrionarios y dos intraembrionarios.	Boca: se ha terminado la fusión labial Aparato digestivo: rotación del intestino medio; se ha perforado la membrana anal
10 semanas	5 a 6 cm C-T	14g	Aparecen neuronas en el extremo neural de la medula espinal; se encuentran ya las divisiones básicas del cerebro	Se inicia el crecimiento de las uñas en las manos y los pies.		Boca: separación entre los labios y los maxilares; fusión de los pliegues del paladar Aparato digestivo: los intestinos en desarrollo se encuentran dentro del abdomen
12 semanas	8cm C-T 11.5cm C-T	45g		Contorno claro de los huesos en miniatura (12 a 20 semanas); se ha establecido el proceso osificación por todo el cuerpo del feto; han aparecido los músculos involuntarios en las vísceras.		Boca: ha terminado la fusión del paladar Aparato digestivo: aparición de musculo en el intestino; se inicia la secreción de bilis; el hígado es el productor principal de eritrocitos
16 semanas	13.5 cm C-R 15 cm C-T	200g		Dientes: se inicia la formación del tejido duro que se convertirá en los incisivos centrales. La madre puede identificar los movimientos del feto.		Boca: diferenciación de los paladares duro y blando Aparato digestivo: Desarrollo de las glándulas gástricas e intestinales; los intestinos empiezan a acumular meconio.
18 semanas	mm C-T			Dientes: se inicia la formación de tejido duro (esmalte y dentina) que se convertirá en los incisivos laterales	Son audibles los tomos cardiacos fetales con el fetoscopio en las semanas 16 a 20	

CLASIFICACION DEL DESARROLLO DE SISTEMAS ORGANICOS

Aparato genitourinario	Aparato respiratorio	piel	Sistemas orgánicos específicos	Desarrollo sexual
			Oídos: los oídos interno, medio e interno adoptan sus formas estructurales finales.	Los genitales externos aparecen iguales
Se han deformado el saco vesical Se produce orina			Sistema endocrino: se han diferenciado los islotes de langerhans. Ojos: desarrollo de los conductos de los conductos lagrimales	
	Los pulmones adquieren su forma definitiva	Piel sonrosada y delicada	Sistema endocrino: secreción hormonal de las glándulas tiroideas Sistema inmunológico: aparición de tejido linfático en el timo fetal	
Los riñones adoptan su forma y su organización típicas		Aparición de pelo en el cuero cabelludo; se encuentra lanugo en el cuerpo; la piel es transparente y deja ver los vasos sanguíneos.	Se han formado ojos, oídos y nariz las glándulas sudoríparas se están desarrollando	Es posible la determinación del sexo; los testículos descienden por el conducto inguinal entre las semanas 12 y 24

CLASIFICACIÓN DEL DESARROLLO DE SISTEMAS ORGANICOS

Edad gestacional	Longitud	peso	Sistema nervioso	Sistema musculoesqueletico	Aparato cardiovascular	Aparato digestivo
20semanas	19 cm C-R 25 cm C-T	435 g	Se inicia la mielinización de la medula espinal	Dientes: se inicia la formación de los tejidos duros que se convertirán en los caninos y los primeros molares. Las extremidades inferiores tienen las proporciones finales.		El feto efectúa succión activamente y deglute liquido amniótico
24semanas	23cm C-R 30cm C-T	780g	Estructura del cerebro; aparece un cerebro maduro	Dientes: empieza la formación de los tejidos duros que se convertirán en segundos molares		
28semanas	27cm C-R 35cm C-T	1250g	El sistema nervioso empieza a regular algunas funciones corporales			
32semanas	31cm C-R 45cm C-T	2000gg	Hay mas reflejos			
36semanas	35cm C-R 45cm C-T	2750g		Se encuentran los centros distales de osificación femoral		
40semanas	40 cm C-R 50 cm C-T	3200g				

CLASIFICACIÓN DEL DESARROLLO DE SISTEMAS ORGANICOS

Aparato genitourinario	Aparato respiratorio	piel	Sistemas orgánicos específicos	Desarrollo sexual
	Estructura celular final de los alveolos	El cuerpo está cubierto por lanugo; empieza a formarse la grasa parda; empieza a formarse la vernix caseosa	Sistema inmunitario: concentraciones perceptibles de anticuerpos fetales (normalmente del tipo IgG) formación de sangre: se almacena hierro y cada vez es más importante la medula ósea.	
	Pueden ocurrir movimientos respiratorios (24 a 40 semanas) Las ventana de nasales se abren de nuevo aparecen alveolos en los pulmones y se inicia la producción de agente tensoactivo; es posible el intercambio de gases	La piel es rojiza y arrugada y contienen vernix caseosa	Sistema inmunitario: las concentraciones de IgG alcanzan las concentraciones maternas los ojos son estructuralmente completos	
		Se acumula con rapidez tejido adiposo; aparece las uñas; se encuentran ya cejas y pestañas.	ojos; parpados abiertos (28 a 32 semanas)	Los testículos descienden hacia el caco escrotal
		Piel pálida; cuerpo redondeado; y está desapareciendo el lanugo; pelo sedoso o del tipo de la lana; pocos surcos en las plantas; las glándulas sebáceas están activas y ayudan a producir vernix caseosa (36 a 40semanas)	Lóbulo de las orejas blandos; con poco cartílago	Escroto pequeño y pocas arrugas; descienden los testículos hacia la parte alta del escroto (36 a 40 semanas)
	A las 38 semanas la proporción L/E se aproxima a2:1	Piel lisa y sonrosada: se encuentra vernix en los pliegues cutáneos; pelo sedoso en cantidad moderada a abundante; lanugo en los hombros y la parte alta del dorso; las uñas se extienden sobre las puntas de los dedos; la planta contiene surcos.	Lóbulos de las orejas endurecidos por cartilago denso	Varones: escroto rugoso Mujeres: labios mayores bien desarrollados

4.4.6 DESARROLLO Y MALDESARROLLO

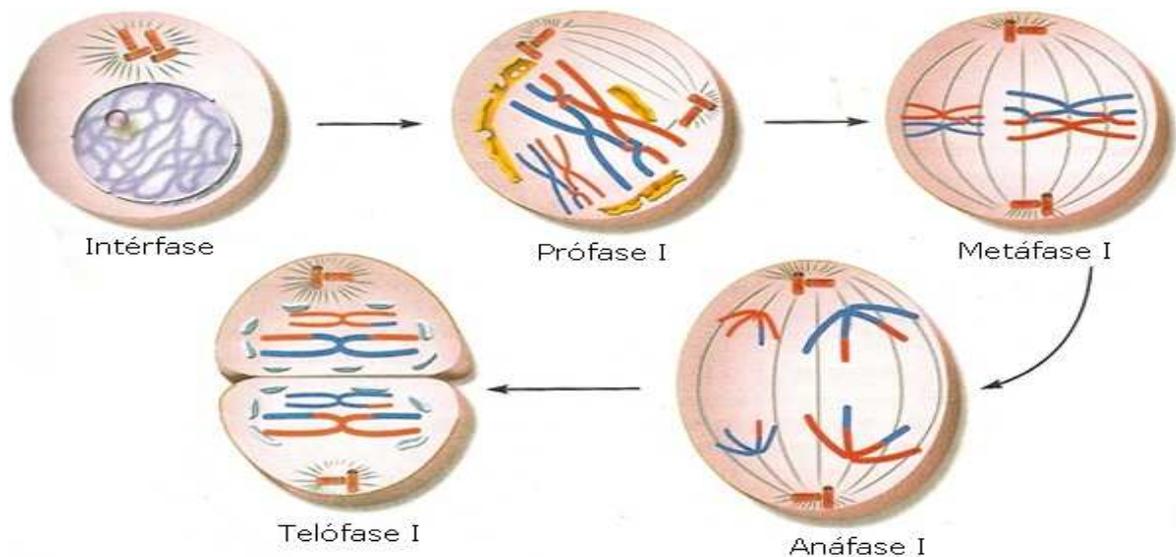
La producción de óvulos y espermatozoides se producen por el proceso de meiosis en tanto que las células somáticas experimentan división por el proceso llamado mitosis. La ovogénesis produce óvulos, y la Espermatogénesis, espermatozoides.

Un espermatogonio da por resultado cuatro espermatozoides, y un oogonio, un ovulo y dos cuerpos polares. La meiosis es una división de reducción que permite normalmente que cada gameto contenga 23 cromosomas números haploides, el cigoto resultante contiene 46 cromosomas es un diploide bajo circunstancias normales.

Primera división meiotica

- a) La profase I tiene 5 fases
 1. Leptoteno, en la cual la cromatina se condensa en estructuras filiformes alargadas individuales.
 2. Citogeno, que es la migración de cromosomas filiformes únicos hacia la lámina ecuatorial nuclear, sitio en el cual los cromosomas homólogos forman pares bivalentes que intercambian segmentos en diversos puntos.
 3. Paquiteno, durante la cual los cromosomas se contraen y engruesan, y a continuación se extienden en sentido longitudinal en dos cromatides que se encuentran unidas en el centromero.
 4. Diploteno, que se caracteriza por entrecruzamiento de constituyentes cromatides no idénticas de cromosomas homólogos a nivel de los puentes o quiasmas. Sin embargo, las cromatides sexuales masculinas X e Y no se entrecruzan.
 5. Diacinesis, que es la última fase, y que se produce cuando las agrupaciones bivalentes se contraen, los quiasmas se mueven hacia los extremos del cromosoma, los homólogos se separan, y desaparecen la membrana nuclear.
- b) Durante la metafase 1 las agrupaciones bivalentes muy cortas y gruesas se alinean a lo largo de la lamina ecuatorial de las formas de huso de la célula.
- c) En la anafase 1 los Centromeros se dividen de modo que las cromatides homologas en vez de las cromatides hermanad idénticas se desplazan hacia los polos opuestos del huso.

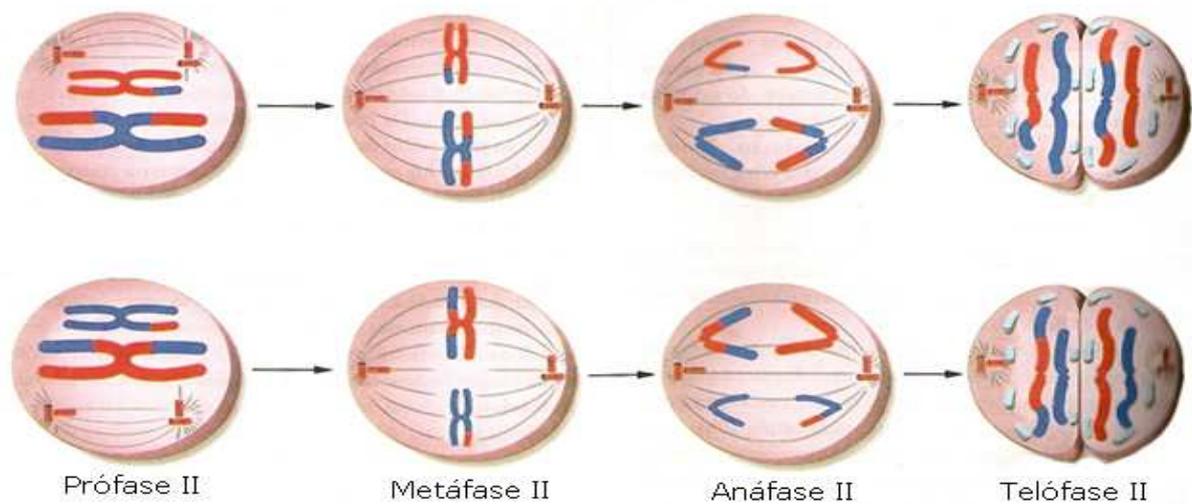
- d) La telofase 1 se caracteriza por rotura del huso, división del citoplasma celular y formación de una membrana nuclear. El citoplasma celular queda dividido por igual en el varón, pero se distribuye de manera desigual en la mujer. En este último caso la mayor parte del citoplasma pasa hacia el occito secundario, de modo que básicamente nada mas queda material nuclear en el primer cuerpo polar, que a continuación se desintegra.



Segunda división meiótica

- La metafase II revela nuevas formas fusiformes, y los cromosomas se alinean a lo largo de la lámina ecuatorial.
- Durante la anafase II las cromátidas se separan desplazándose hacia los polos opuestos del huso, con división completa del centromero.
- La telofase II abarca división del huso y del citoplasma celular de nuevo en partes iguales en el varón y de manera desigual en la mujer, con lo que se forma un ovulo y el segundo cuerpo polar.

El desarrollo del ovocito secundario se detiene en la metafase II hasta la penetración por un espermatozoide. A continuación ha terminado la meiosis y se descarta el cuerpo polar.



MAL DESARROLLO FETAL

Cromosoma: Es la estructura básica par que contiene los genes en distribución lineal.

El ser humano cuenta con 23 pares de cromosomas 46 en total, de los cuales 22 pares son autosomas y un para ya sea XX o XY es el determinante del sexo en el individuo.

Gen: Es una sucesión de nucleótidos cromosómicos que forma el código de producción de proteínas específicas, o sea, es la unidad de información genética.

Heterocigoto: Se refiere a miembros similares de un par de genes.

Homocigoto: Miembros similares de un par de genes.

Genotipo: Es la constitución genética del individuo y se expresa con el numero, luego los cromosomas sexuales y a continuación aquí se presenta cualquier defecto genético.

Ejemplo: 45, XO; 46, XX;47XY,21+

Fenotipo: Es el aspecto físico del individuo con sus diversas características observadas.

Mutageno: Es el agente que induce a la mutación genética

Las mutaciones abarcan cambios macromoleculares o micromoleculares en el DNA de la célula germinal, y constituye trastornos transmisibles permanentes.

Teratogeno: Es el agente que produce defectos en el organismo en desarrollo.

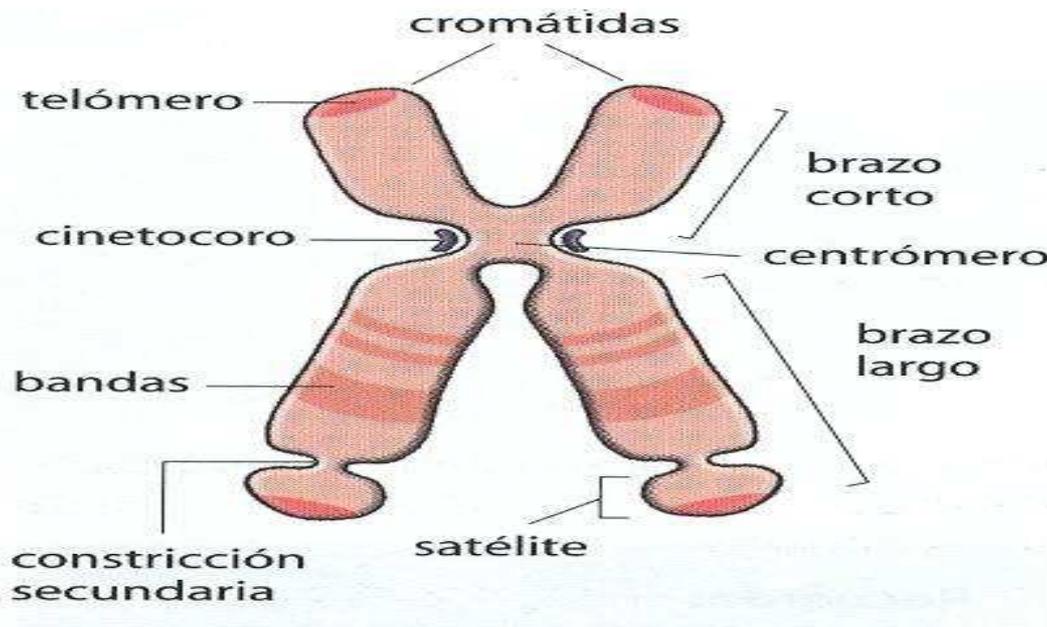
El desarrollo intrauterino se divide en tres fases:

Fase ovular: constituye las primeras semanas después de la fecundación. Se caracteriza por divisiones mitóticas rápidas, que dan por resultado la formación de la blástula. Entre los días 5 y 7 después de la fecundación se implantan en el endometrio los productos de la concepción. Se inicia la gastrulación, y los anclajes.

Entre la quinta y la octava semanas del embarazo el producto de la concepción se denomina embrión. Este es el periodo de diferenciación orgánica. A partir de la novena semana y hasta el parto el producto de la concepción se denomina feto.

Solo se desarrollan unas cuantas estructuras nuevas después de la octava semana. Por tanto, el periodo fetal se relaciona en particular con diferenciación, crecimiento y maduración.

La edad del desarrollo (edad fetal) es la edad del descendiente calculada a partir de la fecha de la concepción.



4.4.7 FACTORES DE RIESGO MICRO, MATRO, MACRO AMBIENTE FETAL

Factor de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

El microambiente fetal Está representado por el medio interno del feto y el líquido amniótico. De la normal composición del microambiente fetal depende su crecimiento (aumento del peso armónico. de todos los órganos fetales, incluyendo la placenta) También depende el desarrollo (maduración funcional de los diversos sistemas del feto.

EL MICRO AMBIENTE FETAL

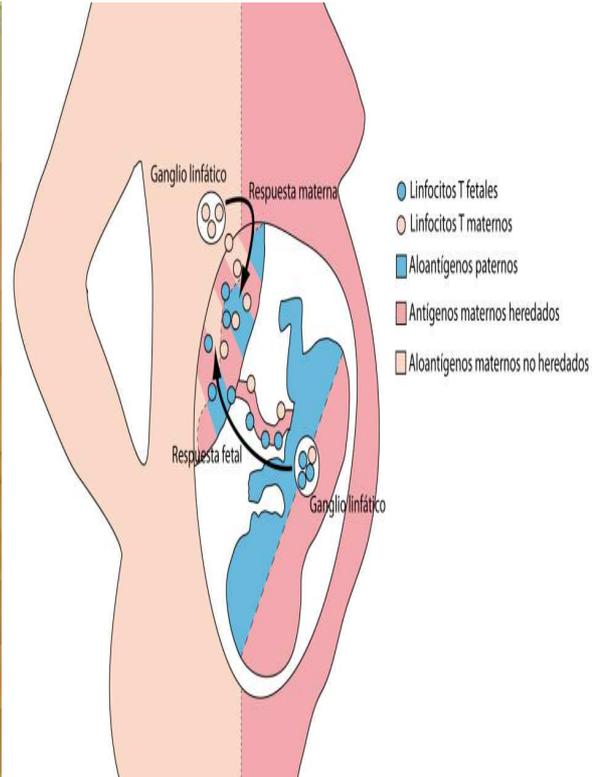
Microambiente, (Ambiente intrauterino)

- Líquido Amniótico
- Cordón
- Placenta
- Útero
- Membranas.

Es el ambiente interno donde se desarrolla el bebé, formado por la placenta y líquido amniótico; este debe estar en buenas condiciones para que el bebé se encuentre protegido de presiones externas. En este ambiente el bebé crea su propio medio ya que es capaz de sintetizar todas las proteínas pero siempre dependiendo de su madre.

Las funciones del líquido amniótico son: permitir el crecimiento del feto, actúa como barrera para infecciones, permite el desarrollo normal del pulmón fetal, protege al bebé contra lesiones, controla la temperatura corporal del embrión, permite el libre movimiento del bebé lo cual ayuda al desarrollo de los músculos.

Las funciones de la placenta son: facilitar al bebé la respiración, nutrición, excreción, protección, almacenamiento de carbohidratos, proteínas, calcio y hierro.



MATROAMBIENTE

(Ambiente materno):

Es el estado físico y funcional de la madre; influye a través de condiciones biopsíquicas de la gestante como:

- Embarazo fuera de la edad reproductiva óptima, Talla menor a 150 cm, desnutrición durante el embarazo.
- Multiparidad
- Rechazo al embarazo
- Estados patológicos concomitantes como: toxemia gravídica, infecciones, cardiopatías, nefropatías, metabolopatías, intoxicaciones, lupus eritematoso, las toxicomanías, como el tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas, al igual que el trabajo físico de las gestantes, están fuertemente asociadas a prematuridad.
- La exposición materna a infecciones microbianas, víricas o infestaciones por parásitos.
- La calidad de los servicios de salud pública y de la atención que reciba la madre de parte de médicos, matronas, enfermeras, etc.

Factores del matro ambiente que incide en el embarazo:

- Edad: La edad más segura para un embarazo saludable está entre los 20 y 30 años. Este es el periodo de mayor capacidad biológica para llevar el embarazo
- Estatura: Se admite que el riesgo para el feto es mayor en mujeres cuya talla es inferior a 1.50 metros
- Compleción: Obesidad, desnutrición.- el peso del feto al nacer es modificado por el medio uterino, es decir que está bajo la influencia de la corpulencia de la madre
- Paridad: La mortalidad perinatal es mayor en el primer embarazo, disminuye en el segundo, vuelve a aumentar en el tercero y alcanza el máximo a partir de la quinta gestación.
- Intervalo entre los embarazos: En intervalo inter genésico mayor de seis años o menor de 2 años, disminuye el desarrollo intrauterino; por lo general dos años entre parto y parto es el lapso ideal para la total recuperación del organismo materno.
- Embarazos múltiples: Cuanto mayor número de fetos se gestan al mismo tiempo, menor es el peso del neonato
- Patología materna

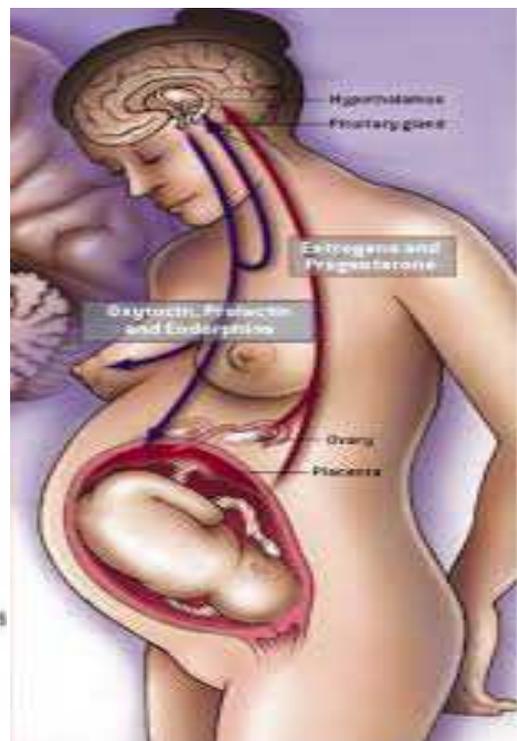


EL MACROAMBIENTE FETAL

Es el entorno ecológico del feto en el que vive la madre y la familia. La calidad del macroambiente depende del buen funcionamiento de los órganos maternos, incluyendo su estabilidad emocional y equilibrio psicológico, así como del adecuado crecimiento y desarrollo intrauterino y Post- natal de la madre.

Factores que influyen en la calidad de vida fetal son:

- El nivel educacional y socioeconómico, la vivienda, el saneamiento ambiental, la disponibilidad de agua potable y el esfuerzo físico que debe ejecutar la madre diariamente.
- La preparación recibida por la madre y el padre sobre el embarazo, parto y lactancia.
- La nutrición materna, especialmente la cantidad total de calorías ingeridas y también la presencia en cantidades suficientes de algunos factores, como vitaminas y minerales, que aun en proporciones mínimas son imprescindibles para el adecuado crecimiento y desarrollo del feto.



Prevención primaria:

- Promoción de la salud
- Educación para la salud
- Propiciar cultura de autocuidado
- Sexualidad responsable y sin riesgo.
- Promoción del saneamiento
- Mejoramiento del ambiente: Familiar, Escolar y Laboral
- Distribución racional del ingreso familiar
- Acceso a servicios de salud
- Corresponsabilidad en el cuidado de la salud 1er Nivel

Protección específica:

- Higiene y aseo personal
- Dieta equilibrada Vigilancia prenatal
- Detección de Infección urinaria, Infección cérvico uterina, Diabetes gestacional, Preeclampsia, Medidas adecuadas de seguridad en el hogar y en el trabajo, Ejercicio físico adecuado, Coeficiente de riesgo de parto prematuro, Atención perinatal regionalizada, Capacitación en detección de signos de alarma durante el embarazo.



4.4.8 CLASIFICACIÓN DE ABORTOS

Aborto: Expulsión del huevo intrauterino durante las primeras 20 semanas de embarazo. El producto pesa menos de 500 g y no tiene nombre en especial, se llama simplemente producto de aborto.

Clasificación el aborto se clasifica según:

1. Su mecanismo de producción
2. Su estado evolutivo
3. Su evolución clínica

1. Según su mecanismo de producción

- a) Espontaneo { Ocasional o habitual
- b) Voluntario o provocado { Terapéutico

2. Según su estado evolutivo

- Amenaza de aborto
 - Aborto en curso
 - Aborto inminente o inevitable
- { Aborto completo
- { Aborto incompleto

3. Según su evolución clínica

- Infectado { Febril
- Séptico

a) AMENAZA DE ABORTO

Es el cuadro caracterizado por la aparición durante las primeras 20 semanas de embarazo, la hemorragia proveniente de la cavidad uterina generalmente escasa, sin modificaciones cervicales o dolor pélvico determinado por la actividad del útero.

Cuadro clínico: Metrorragia leve y dolor pelviano

Exámenes de laboratorio: Hemograma, Grupo sanguíneo y Factor Rh, Perfil de Coagulación, Pruebas Antifosfolipídico, VDRL y Anticoagulante Lúpico, Examen de orina y urocultivo, Glucosa, urea, creatinina, Prueba de embarazo en sangre u orina, Determinación de B-HCG cuantitativo: optativo.

Examen de gabinete: Ecografía pélvica.

Examen genital: Útero gestante, conducto cervical dilatado hasta el orificio cervical externo cerrado, anexos normales.

Diagnostico diferencial: Enfermedad trofoblástica gestacional, Embarazo ectópico, Infección de vías urinarias, Patología pélvica (apendicitis, tumores uterinos y ováricos), Pseudociesis, Sangrado genital anormal.



Tratamiento:

- Reposo absoluto.
- Medidas higiénico dietéticas.
- Psicoterapia
- Antiprostaglandínicos: Indometacina vía oral o vía rectal según seguridad gestacional.
- Antiespasmódicos vía oral según necesidad (evaluando riesgo-beneficio).
- Uso de sedantes (Diazepam) previa evaluación riesgo-beneficio
- Venoclisis: Ringer lactato 1000ml, para mantener vía de acuerdo a criterio médico.

Complicaciones: Anemia, Hemorragia, Embarazo ectópico, Esterilidad.

b) ABORTO INCOMPLETO

Es la expulsión de una parte de los productos de la concepción antes que hayan terminado 20 semanas de gestación.

Cuadro clínico: Dolores espasmódicos, hemorragia que se acompaña de expulsión de tejido, vértigo.

Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Examen de orina, Grupo sanguíneo y factor Rh, Glucemia, Urea y creatinina, Coagulograma.

Exámenes de gabinete: Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal)

Examen genital: Útero globuloso, orificio cervical externo entreabierto, movilización uterina dolorosa (existe riesgo de infección).

Diagnostico diferencial: Sangrado uterino anormal, Embarazo ectópico, Enfermedad trofoblástica, Cáncer de cérvix y/o uterino, Tumores del útero y ovario, Cervicitis, síndrome de Ashermann.

Tratamiento:

-valoración integral del estado hemodinámico de la paciente

- Venoclisis: Ringer lactato de 1000 ml

Quirúrgico:

-legrado uterino instrumental (LUI) o aspirado manual endouterino (AMEU)

Complicaciones: Perforación uterina, Enfermedad inflamatoria pélvica, Anemia, Infertilidad, Restos post LUI o AMEU.

**c) ABORTO INEVITABLE**

Es la hemorragia uterina de una gestación menor a 20 semanas acompañada de dilatación cervical, pero sin expulsión de tejidos placentarios o fetales a través del cuello uterino.

Cuadro clínico: Dolor pélvico y hemorragia

Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Examen de orina, Grupo sanguíneo y factor Rh, Glucemia, Urea y creatinina, Coagulograma, Pruebas pre transfusionales cruzadas.

Examen de gabinete: Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal)

Examen genital: Útero gestante, conducto cervical dilatado hasta el orificio cervical interno, no hay descenso del huevo.

Diagnostico diferencial: embarazo ectópico, mola hidatidiforme, pólipos cervicales y cervicitis.

Tratamiento: Interrupción del embarazo en embarazos menores de 12 semanas: dilatación y legrado en embarazos mayores a 12 semanas: maduración cervical e inducción con oxitócicos para vaciamiento uterino.

Complicaciones: Hemorragia, Anemia, Retención de restos ovulo placentarios, Esterilidad.



d) ABORTO INMINENTE O EN EVOLUCIÓN

Es aquel que como consecuencia de la actividad uterina propia del trabajo de parto ha producido modificaciones cervicales irreversibles y existe hemorragia de origen endouterina de magnitud variable.

Cuadroclínico: Metrorragia importante y dolores expulsivos.

Examen de laboratorio: Biometría hemática, Examen de orina, Grupo sanguíneo y factor Rh, Glucemia, Urea y creatinina, Coagulograma, Pruebas pre transfusionales cruzadas, Urocultivo y antibiograma.

Examen de gabinete: Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal).

Examen genital: Útero gestante, conducto cervical dilatado hasta el orificio cervical externo entreabierto, se palpa el polo inferior del huevo descendiendo en el conducto cervical.

Tratamiento:

- Evaluación integral del estado hemodinámico de la paciente.
- Valorar el uso de antibióticoterapia y reposición sanguínea.
- Analgésicos por requerimiento.

Quirúrgico:

- Embarazo de más de 12 semanas: dilatación y legrado instrumental uterino.
- Uso de Ergovínicos y Oxitocina, según criterio médico.
- Embarazo de menos de 12 semanas: LUI o AMEU.

Hemodinámica:

1. Hemorragia leve a moderada sin repercusión hemodinámica, se recomienda calmar el dolor con analgésicos y/o tranquilizantes:

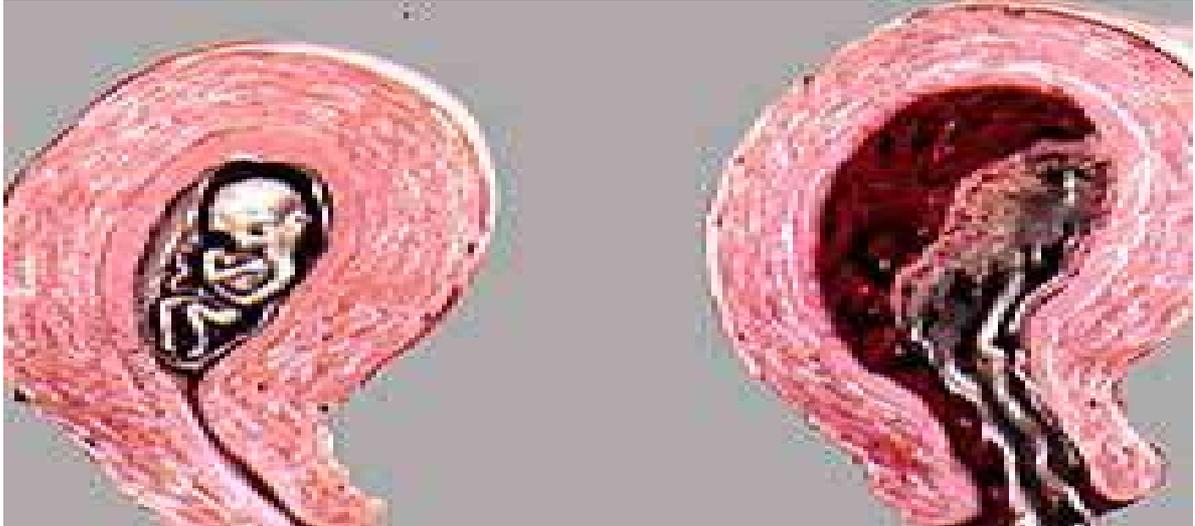
-Diclofenaco 100 mg V/O o Ketoprofeno 100 mg V/O o Acetaminofeno 500 a 1000 mg V/O o Ibuprofeno 400 a 800 mg V/O.

2. Hemorragia profusa y/o repercusión hemodinámica:

Vía venosa periférica en vena de gran calibre.

-Infundir Solución de Lactato Ringer a 40 gotas minuto, Oxígeno con máscara de flujo libre.

Complicaciones: Enfermedad inflamatoria pélvica, Retención de restos óvulo placentarios, Perforación uterina, Anemia.



e) ABORTO COMPLETO O CONSUMADO

Es la expulsión espontánea de todos los tejidos fetales y placentarios desde la cavidad uterina antes de la semana 20 de la gestación.

Cuadro clínico: Escasa metrorragia y dolor leve o ausente.

Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Examen de orina, Grupo sanguíneo y factor Rh, Glucemia, Urea y creatinina, Coagulograma.

Exámenes de gabinete: Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal)

Examen genital: Útero con discreto aumento de volumen orificio cervical externo cerrado, movilización uterina indolora.

Diagnostico diferencial: Sangrado uterino anormal, Embarazo ectópico, Enfermedad trofoblástica, Cáncer de cérvix y/o uterino, Tumores del útero y ovario, Cervicitis.

Tratamiento:

-Valoración integral del estado hemodinámico de la paciente.

-Venoclisis: Ringer lactato 1000 ml.

Quirúrgico:

-Legrado uterino instrumental (LUI) o aspirado manual endouterino (AMEU).

Procedimiento: Evacuar el contenido uterino inmediatamente en sala de operaciones.

Complicaciones: Retención de restos óvulo placentarios, Anemia, Hemorragia e infección.



f) ABORTO HABITUAL ESPONTANEO O RECURRENTE

Pérdida de más de tres embarazos antes de cumplir 20 semanas de gestación.

Cuadro clínico:

-Hemorragia que inicia de forma irregular de color café, y dolor hipogástrico.

Factores genéticos: cuando existen pérdidas fetales intercaladas con nacimientos normales.

1. Defectos anatómicos uterinos y cervicales:

-La boca cervical inadecuada, congénita o traumática, puede acompañarse de pérdidas fetales repetidas.

Se caracteriza por brusca expulsión de un saco con feto normal entre las semanas 18 y 32 del embarazo, sin calambres ni hemorragia previos.

Los tiroides submucosos, pólipos endometriales o Sinequias que deforman la cavidad uterina.

2. Defecto de la fase luteínica: la etiología del trastorno puede depender de factores centrales, relacionados con insuficiencia hipofisaria psicógena o neurogena

Indicadores intermedios relacionados con factores nutritivos, toxicidad medicamentosa, procesos patológicos crónicos y enfermedades metabólicas.

Insuficiencia ovárica específica.

3. Infección: causadas por sífilis, brucelosis, listeriosis, toxoplasmosis, enfermedad de inclusión citomegálica y ahora la micoplasmosis.
4. Incompatibilidades sanguíneas isoimmunización materno fetal.

Defectos de espermatozoos: cuando se descubre un número creciente de espermatozoos anormales en el semen.

Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Examen de orina, Grupo sanguíneo y factor Rh, Glucemia, Urea y creatinina, Coagulograma, Pruebas pre transfusionales cruzadas, Urocultivo y antibiograma.

Exámenes de gabinete: Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal)

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia de progesterona en la fase lútea, Diabetes mellitus, Hipotiroidismo, Lesiones anatómicas congénitas (p.ej. útero dividido), Lesiones anatómicas adquiridas (p.ej. cuello uterino incompetente, adhesiones intrauterinas, Síndrome del ovario poliquístico, Estados de hipercoagulación).

Tratamiento:

-Si la gestación es menor a 10 semanas se puede practicar una dilatación del orificio cervical de 10 semanas se puede practicar una dilatación del orificio cervical interno con bujías de Hegar y realizar el vaciamiento instrumental.

-Si el cuello se encuentra cerrado y es mayor a 10 semanas de gestación se recomienda utilizar óvulos de prostaglandinas para madurarlo y permitir la inducción a el aborto.

Complicaciones: Hemorragia, Retención de restos ovulo placentarios, Hemorragia e infección, Anemia, Esterilidad.



g) ABORTO DIFERIDO O FRUSTRO

Es cuando el embrión está retenido en la cavidad uterina por lo menos durante cuatro semanas después de su muerte.

Cuadro clínico: Se observara primero que los movimientos fetales han desaparecido, que el crecimiento uterino se detiene y que posteriormente disminuyen, los cambios mamarios propios del embarazo regresan y el sangrado es escaso, de color café negruzco, el cual persiste por varios días, y no es posible determinar la frecuencia cardiaca fetal.

Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Examen general de orina, Grupo sanguíneo y factor Rh, Glucemia, Urea y creatinina, Coagulograma, Fracción Beta HGC en sangre.

Exámenes de gabinete: Ecografía ginecológica.

Diagnostico diferencial: Embarazo incipiente, Embarazo ectópico.

Tratamiento:

-Uso de Prostaglandínicos para maduración cervical, Inducto conducción con Oxitocina.

Quirúrgico:

Legrado uterino instrumental (LUI) o Aspirado manual endocervical (AMEU)

Complicaciones: Perforación uterina, Retención de restos óvulo placentarios, Anemia, Enfermedad inflamatoria pélvica, Coagulopatía.



h) ABORTO INFECTADO

El revestimiento del útero o el útero y cualquier producto restante de la concepción resultan infectados.

Cuadro clínico: Fiebre, mal estado general, leucocitosis, dolor pélvico, hemorragia fétida.

-Cuando la infección avanza se presenta salpingitis, parametritis, anexitis, peritonitis localizada o extendida y tromboflebitis pelviana.

Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Aumento de la velocidad de sedimentación, Examen de orina, Grupo sanguíneo y factor Rh, Glucemia, Urea y creatinina, Coagulograma y recuento de plaquetas, Pruebas de función hepática y renal, Electrolitos, Gases en sangre, Tinción Gram, Cultivo de secreción genital, Urocultivo, Hemocultivo.

Exámenes de gabinete: Radiografía simple de abdomen, Ecografía abdominal y/o de hueco pélvico, Enviar a estudio histopatológico si existen fragmentos de la concepción.

Examen genital: Útero globuloso y blando, movilización uterina dolorosa, cuello reblandecido, orificio cervical externo permeable, eliminación de restos placentarios, flujo maloliente.

Diagnostico diferencial: Sepsis, Pielonefritis, Enfermedad inflamatoria pélvica complicada, Vulvovaginitis complicada, Patología cervicovaginal (cáncer, pólipos, cervicitis, etc.), Laparotomía exploradora, en caso de complicación.

Tratamiento:

-Estudio microbiológico del contenido endocervical y endometrial, Hemocultivo y orina.

-Evacuación temprana del útero la persistencia de restos placentarios mantiene la infección.

-Antimicrobianos cuyo espectro asegure una cobertura tanto para microorganismos facultativos como anaerobios.

-Antibióticos empleados: clindamicina, ampicilina, cloranfenicol, gentamicina, metronidazol.

Complicaciones:Perforación uterina, Hemorragia e infección, Endometritis generalizada, Inflamación pélvica crónica, Adherencias peritoneales, Embarazo ectópico, Esterilidad.



i) ABORTO TERAPÉUTICO

Es la terminación del embarazo antes del tiempo de viabilidad fetal con el propósito de proteger la vida o la salud de la madre.

Exámenes de laboratorio:Biometría hemática, Examen general de orina, Grupo sanguíneo y factor Rh.

Examen de gabinete: Ecografía ginecológica pélvica.

Tratamiento:

Técnicas quirúrgicas:

Dilatación cervical que se continúa con la evacuación de contenido uterino

1. Legrado
2. Aspiración por vacío (legrado por aspiración).
3. Dilatación y evacuación

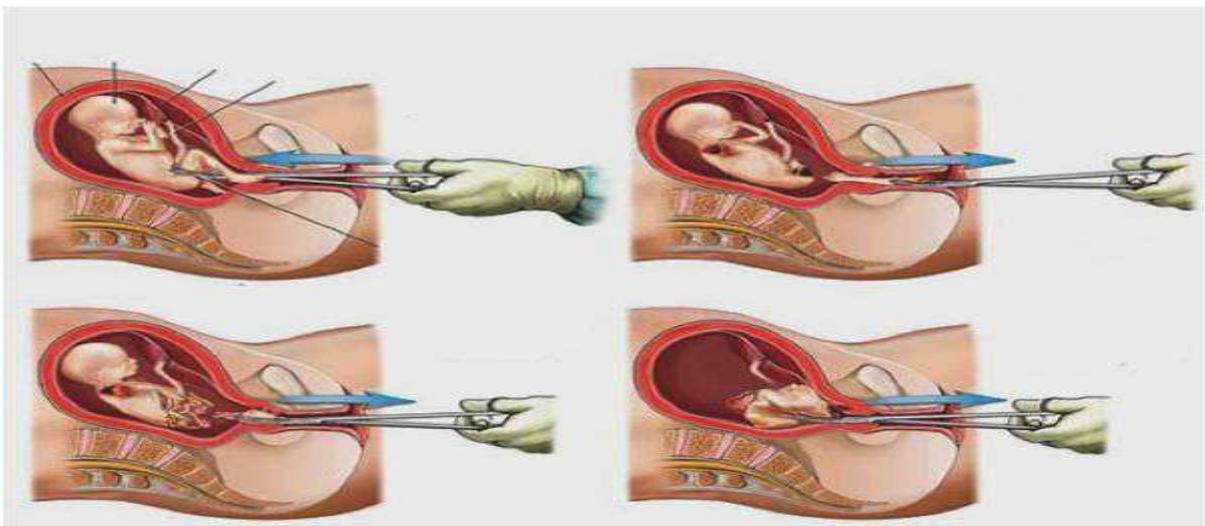
Laparotomía

1. Histerectomía
2. Histerotomía

Medicas

1. Oxitocina intravenosa
2. Líquido hiperosmótico intraamniótico
3. Inyección extraovular
4. Inserción vaginal
5. Inyección parenteral
6. Por vía oral

Complicaciones: Perforación uterina, Hemorragia e infección, Endometritis generalizada, Inflamación pélvica crónica, Adherencias peritoneales, Embarazo ectópico, Esterilidad, Síndrome de Ashermann.



4.4.9 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

- Culpabilidad
- Estrés producido por el Síndrome Post-Aborto
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.
- Insatisfacción.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento.
- Retraimiento.
- Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
- Autoestima inferior
- Hostilidad
- Conducta autodestructiva.
- Ira/ Rabia.
- Desesperación.
- Deseo de recordar la fecha de la muerte



5. MARCO LEGAL

SITUACIÓN DEL ABORTO EN MÉXICO

En México el aborto es un delito que se regula a nivel local con exclusiones de responsabilidad, es decir que van determinados casos, a las personas que llevan a cabo un aborto, no se les impone una sanción. Estas exclusiones varían dependiendo de la entidad federativa.

El Distrito Federal (DF) es la única entidad federativa donde el aborto es legal en las primeras doce semanas de gestación. Asimismo, el aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación es legal en todo el país.

MARCO NORMATIVO

En México el aborto es un tema de regulación local, es decir que cada entidad federativa establece cuándo el aborto es delito o no, qué procedimientos debe seguir una mujer para solicitar la interrupción legal del embarazo y cómo debe prestarse el servicio en las instituciones de salud.

Con base a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, título primero, capítulo I, artículo 4º refiere que hombres y mujeres somos iguales ante la ley, y que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, el artículo 73 establece que el aborto es un delito de competencia local, excepto en los casos en que se aplique excepcionalmente el Código Penal Federal ya que se regula a nivel local y se tipifica en los siguientes artículos:

Artículo 329. .- Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 330. .- Al que hiciere abortar a una mujer, se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años y si mediare violencia física o moral se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.

Artículo 331. .- Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

Artículo 332. .- Se impondrán de seis meses a un año de prisión, a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

1. Que no tenga mala fama;
2. Que haya logrado ocultar su embarazo, y
3. Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión.

Artículo 333. .- No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

Artículo 334. .- No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada o el producto corran peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.

Dado lo anterior, el aborto se regula por la normatividad en materia penal y de salud de cada entidad. En el ámbito penal se establecen las conductas que califican como delito de aborto, las personas que lo pueden cometer, las sanciones correspondientes, así como los casos en los que dichas conductas excluyen de responsabilidad penal a la persona que las lleva a cabo.

Por su parte, la normativa de salud regula la forma de proveer los servicios de atención médica. Esta regulación corresponde tanto a autoridades federales como a locales, por tratarse de una facultad concurrente.

En este sentido, la Ley General de Salud sirve como ordenamiento base para la actuación de las autoridades federales y las leyes locales para la actuación de las autoridades de las entidades federativas.

Las normas que regulan el acceso al aborto deben estar armonizadas con los estándares de protección más alta de derechos humanos, e incluso, en caso de que no lo estuvieran, la interpretación y aplicación que de ellas hagan las autoridades judiciales y administrativas deberán aplicar estos estándares.

CÓDIGOS ESTATALES

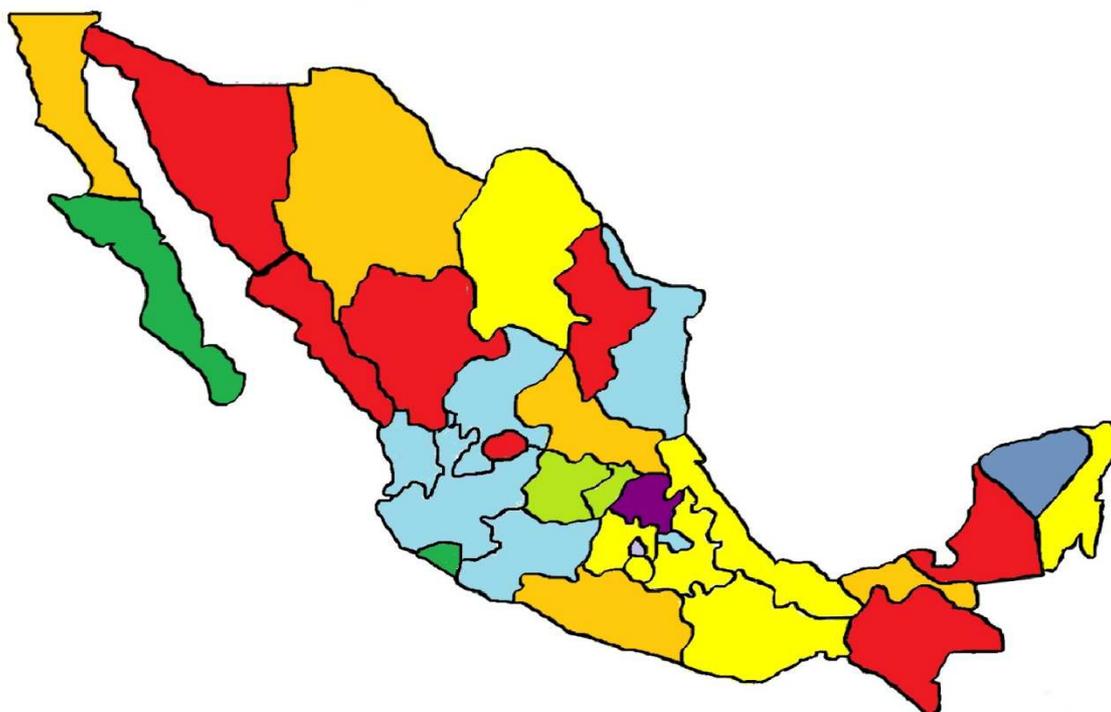
La regulación del delito de aborto varía de entidad a entidad, con lo cual se genera una situación de discriminación jurídica, en que las mujeres tienen más o menos derecho a interrumpir un embarazo dependiendo del lugar de su residencia. Las regulaciones son muy heterogéneas y en general restrictivas, excepto en el DF donde el aborto está permitido en las primeras doce semanas de gestación.

El aborto es, en todas las entidades federativas, un delito con causales de exclusión de responsabilidad penal. De la revisión de la legislación se puede concluir que la normativa de la mayoría de los estados carece de perspectiva de género y de bases científicas.

MAPA DE CAUSALES LEGALES

El aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación sexual, es la única causal legal que existe en todo el país; en diez estados de la república se establece expresamente que durante el primer trimestre del embarazo se puede llevar a cabo el aborto por esta causal, mientras que en las 22 entidades restantes no existe tal disposición, es decir no se establecen plazos para la interrupción, hecho que protege los derechos humanos pues permite a las mujeres a las que se les presenten situaciones que pongan en peligro su salud o su vida, decidir no continuar con el embarazo sin presión de plazos.

En cuanto a las otras causales legales, de una revisión de los códigos penales se registra lo siguiente: aborto imprudencial en treinta entidades, peligro de muerte en entidades, malformaciones de producto en entidades, graves daños a la salud de la mujer en entidades, inseminación forzada en once entidades, causas económicas (cuando se tengan al menos tres hijos) en una entidad, y voluntad de la mujer en las primeras doce semanas de gestación en una entidad.



Entidades	Causales
Guanajuato Querétaro	violación imprudencial o culposo
Aguascalientes Durango Sinaloa Sonora	violación imprudencial o culposo peligro de muerte
Campeche	violación imprudencial o culposo grave daño a la salud
nuevo león	violación peligro de muerte grave daño a la salud
Chiapas	violación peligro de muerte alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto
Guerrero	violación imprudencial o culposo inseminación artificial no consentida alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto
Chihuahua	violación imprudencial o culposo grave daño a la salud inseminación artificial no consentida
baja california san Luis potosí tabasco	violación imprudencial o culposo peligro de muerte inseminación artificial no consentida
Jalisco Michoacán Nayarit Tamaulipas Tlaxcala Zacatecas	violación imprudencial o culposo peligro de muerte grave daño a la salud

Entidades	Causales
<p>Coahuila México Oaxaca puebla quintana roo</p>	<p>violación imprudencial o culposo peligro de muerte alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto</p>
<p>Morelos Veracruz</p>	<p>violación imprudencial o culposo peligro de muerte alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto inseminación artificial no consentida</p>
<p>Hidalgo</p>	<p>violación imprudencial o culposo grave daño a la salud alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto inseminación artificial no consentida</p>
<p>Yucatán</p>	<p>violación imprudencial o culposo peligro de muerte alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto causas económicas graves y justificadas siempre que la mujer embarazada tenga ya cuando menos tres hijos</p>
<p>Baja california sur colima</p>	<p>violación imprudencial o culposo peligro de muerte alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto grave daño a la salud inseminación artificial no consentida</p>
<p>Distrito federal</p>	<p>violación imprudencial o culposo alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto grave daño a la salud inseminación artificial no consentida voluntad de la mujer hasta las doce primeras semanas de gestación</p>

Los cuadros anteriores ponen de manifiesto las grandes restricciones legales que existen para acceder al aborto en el país. Las entidades en donde se encuentra la legislación más restrictiva en materia de aborto son Guanajuato y Querétaro, en las que sólo se admiten como causales de exclusión de responsabilidad la violación sexual y el aborto imprudencial. Asimismo, existen únicamente ocho entidades federativas que tienen más de cuatro causales.

Sanciones

Dadas las restricciones legales y el precario acceso al aborto, las mujeres recurren frecuentemente a abortos clandestinos, por lo que están en riesgo de ser procesadas y sentenciadas por “cometer” el delito de aborto, incluso cuando se encuentran en alguna de las causales legales.

En 27 entidades federativas el aborto es un delito no grave, es decir que las mujeres pueden seguir el proceso penal en libertad. En estos casos, la mujer puede permanecer en libertad mediante el pago de unacaucción o fianza y continuar el proceso fuera de prisión, según lo establecido en el artículo 19 de la Constitución.

En las cinco entidades federativas restantes el aborto sí es un delito grave, lo cual implica que las mujeres a las que se les inicia un proceso penal están recluidas durante el mismo.

SANCIONES PENALES POR EL DELITO DE ABORTO

Sanción	Entidades
Pena privativa de libertad	15 días a dos meses: Tlaxcala tres a seis meses: distrito federal cuatro meses a un año: Jalisco seis meses a un año: Aguascalientes y nuevo león dos meses a dos años: baja california sur seis meses a dos años: Campeche y quintana roo ocho meses a dos años: zacatecas seis meses a tres años: chihuahua, Guanajuato, Sinaloa y tabasco uno a tres años: Coahuila, colima, Durango, guerrero, hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Querétaro y san Luis potosí uno a cinco años: baja california, Morelos, Oaxaca, puebla, Tamaulipas y Yucatán uno a seis años: sonora
Trabajo a la comunidad	Campeche y distrito federal
Multa	Aguascalientes, baja california sur, Coahuila, colima, Guanajuato, hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, san Luis potosí y sonora
Tratamiento médico	Chiapas, Jalisco, Morelos, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán

5.1 REGULACIÓN DEL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL

La despenalización del aborto en México

Aunque la sociedad es mayoritariamente católica y pesea que la Iglesia conserva un rol político importante, México ha dado pasos notables en la liberalización de las leyes de aborto. De hecho, en abril de 2007 la Ciudad de México aprobó la despenalización y comenzó a ofrecer el servicio en hospitales públicos e instituciones de salud.

Historia despenalización del aborto en México

1931: Se aprobó el Código Penal para el Distrito Federal, en el que se incluyó la despenalización del aborto en casos de violación, cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer y cuando el aborto es producto de una imprudencia de la mujer.

1936: Ante la Convención de Unificación Penal, celebrada en el Distrito Federal, la médica cirujana Matilde Rodríguez Cabo leyó la ponencia "El aborto por causas sociales y económicas", donde se pedía derogar los artículos que prohíben esa práctica. La autora del escrito fue la Dra. Ofelia Domínguez Navarro. En junio se publicó el trabajo de la Dra. Ofelia Domínguez Navarro en la revista Futuro, dirigida por Vicente Lombardo Toledano, quien, aunque no secundaba sus propuestas, avaló la necesidad de tratar el tema.

1974: Se reformó la Constitución para incluir, en su artículo 4º, el derecho de toda persona a "decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos".

1976: La Coalición de Mujeres Feministas (CMF) presentó una propuesta para despenalizar el aborto en la Cámara de Diputados. No hubo respuesta. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) creó el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México (GIEA), constituido por especialistas y ministros de culto. Recomendó suprimir toda sanción penal a las mujeres que, por voluntad expresa, decidan hacerse un aborto, lo mismo que al personal que lo practique. Pidió el dictado de normas sanitarias para que el servicio se preste en óptimas condiciones.

1977: La CMF volvió a presentar, a la Cámara de Diputados, la iniciativa de ley a favor del aborto voluntario. No hubo respuesta.

1979: Se creó el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM) que buscó, junto con la CMF, trabajar a favor del proyecto de despenalización presentado en 1977. La CMF y el FNALIDM elaboraron el Proyecto de Ley sobre Maternidad Voluntaria que el Partido Comunista Mexicano presentó ante la Cámara de Diputados. Se declaró el 10 de mayo como “Día de la maternidad libre y voluntaria”.

1982: CONAPO planteó, en el Anteproyecto de plan de acción para la integración de la mujer al desarrollo, que “es necesario normar y no sólo despenalizar lo referente al aborto; es la ilegalidad del servicio el que le da su carácter de clandestino, y lo que trae riesgos”.

1983: El Presidente Miguel De la Madrid intentó modificar el Código Penal para reformar las disposiciones relativas al aborto y al adulterio. Ante la fuerte reacción de la jerarquía de la Iglesia Católica y grupos conservadores, la iniciativa fue archivada.

1989: Se cerraron tres clínicas donde se practicaban abortos, se detuvo violentamente al personal y a las mujeres que acababan de abortar. Se publicó el primer desplegado a favor de la despenalización del aborto. La Procuraduría de Justicia del DF y la Secretaría de Salud (SSA) establecieron las bases para el Programa de Servicios Legales y de Salud en el DF que permitió que las embarazadas por violación puedan abortar legalmente en cuatro hospitales de la Ciudad de México.

1990: Se fundó la Coordinadora Feminista del Distrito Federal (CFDF), que retomó los objetivos de la CMF: por la libertad sexual, contra la violencia a las mujeres y por la despenalización del aborto. El Congreso de Chiapas aprobó ampliar las causas por las que el aborto no sería castigado: a solicitud de la pareja, con el fin de planificación familiar, a petición de una madre soltera o por razones económicas. La jerarquía de la Iglesia Católica y el Partido Acción Nacional (PAN) rechazaron la reforma y diversas organizaciones civiles se movilizaron a favor. La reforma penal fue congelada.

1991: Congelar la ley del aborto en Chiapas produjo en el DF un debate entre los partidos políticos. Sindicatos, organizaciones de mujeres, de feministas y de salud, y partidos políticos formaron el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto. El presidente Carlos Salinas de Gortari envió a la Cámara de Diputados una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud para permitir el aborto por razones económicas. El PAN consiguió que se rechazara.

1998: El 28 de mayo, “Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres”, a través de un desplegado promovido por GIRE, personalidades de la cultura y la ciencia —entre ellas Octavio Paz— solicitaron la modernización del Código Penal del DF para incluir las causas por las que no se castiga el aborto en otros estados de la república.

1999: Más de 40 organizaciones civiles agrupadas en la campaña “Acceso a la Justicia para las Mujeres” presentaron propuestas de reformas al Código Penal; entre ellas, ampliar las excepciones por las que se permite el aborto en el DF. La propuesta no fue aprobada.

En Mexicali fue violada Paulina, adolescente a quien las autoridades estatales le impidieron que aborte. El caso adquirió repercusión nacional e internacional. A la fecha, continúa el proceso penal a los funcionarios públicos involucrados.

25 de septiembre: asambleístas del PAN y del Partido Verde Ecologista de México (PVEM) presentaron una Acción de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), contra las reformas aprobadas. Argumentaron que era inconstitucional permitir el aborto por malformaciones congénitas o genéticas graves del producto y que el Ministerio Público pudiera autorizar el aborto en casos de violación. Fue la primera vez que la SCJN enfrentó una controversia relativa al aborto.

2000: El Congreso del estado de Guanajuato aprobó un nuevo Código Penal en el que se volvía a penalizar el aborto en casos de violación. Hubo reacciones en contra en todo el país. El gobernador de Guanajuato vetó dicho Código y quedó sin efecto el retroceso.

14 de agosto: la Jefa de Gobierno del DF, Rosario Robles, envió una propuesta a la Asamblea Legislativa (ALDF) para modificar la legislación penal en materia de aborto, aumentar algunas causas de despenalización y establecer mecanismos claros para acceder al aborto por violación y por inseminación artificial no consentida.

18 de agosto: la ALDF aprobó la propuesta de Robles. Se aumentaron tres causas para abortar legalmente en la capital del país: por inseminación artificial no consentida, por grave daño a la salud de la mujer y cuando el producto presenta malformaciones congénitas o genéticas graves. También se obligó a los médicos a dar información precisa sobre el procedimiento y las consecuencias del aborto.

2001: En Los Mochis, una adolescente violada y embarazada por su padre fue sometida a un aborto legal en un hospital estatal.

2002: 29 y 30 de enero: la SCJN declaró la constitucionalidad de las reformas penales cuestionadas por asambleístas del PAN y del PVEM. En esta ocasión, el presidente de la Corte, Genaro Góngora Pimentel, manifestó: “¡Qué bien, por el bien de las mujeres!” La sentencia es irrevocable.

23 de abril: La Secretaría de Salud (SSDF) publicó la Circular que establece los lineamientos para organizar y prestar en el DF los servicios de salud (en instituciones públicas, privadas y sociales) relacionados con el aborto legal.

11 de julio: la Procuraduría General de Justicia del DF publicó el Acuerdo que establece los lineamientos para los Agentes del Ministerio Público, para autorizar el aborto cuando éste es resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida.

25 de agosto: la titular de la SSDF afirmó que desde la vigencia de la Circular se han practicado tres abortos por violación en el DF, y que las modificaciones legales no significaron abortos masivos ni incrementos considerables en el número de solicitudes para practicarlos.

2003: 13 de octubre: Se aprueba una reforma al Código Penal de Veracruz en donde se disminuye la sanción al delito de aborto cuando hay consentimiento de la mujer. Las penas aumentan cuando falta el consentimiento de la mujer y cuando hay violencia física o moral. La reforma añade además la inseminación artificial no consentida y la malformación genética como dos nuevos supuestos de aborto permitidos por la ley.

26 de diciembre: Se aprueban en la ALDF reformas en el tema de aborto al Nuevo Código Penal (CPDF) y adiciones a la Ley de Salud para el Distrito Federal (LSDF).

La nueva legislación penal incrementa el castigo para quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento y establece un castigo mayor cuando hay violencia física o psicológica (Artículo 145 del CPDF). Las reformas a la LSDF establecen que en los casos permitidos por la ley, las instituciones públicas de salud en el DF deberán realizar la interrupción del embarazo gratuitamente, en condiciones de calidad y en un plazo no mayor de cinco días a partir de la solicitud de la mujer (Artículo 16 Bis 6).

Se regula también la objeción de conciencia de los médicos para que la mujer que solicite un aborto legal tenga garantizado ese servicio. La reforma estipula que la Secretaría de Salud del DF deberá contar permanentemente con personal no objetor.

2004

27 de enero: Las reformas del 2003 se publican en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y entran en vigor al día siguiente.

2 de diciembre: Se aprueba una nueva Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur, la cual establece un plazo para proceder a la interrupción del embarazo cuando haya sido autorizado por el Ministerio Público bajo condiciones de gratuidad y calidad. Obliga, de igual manera, a los servicios de salud del estado a suministrar anticoncepción de emergencia, en las siguientes 72 horas de sucedida una relación sexual no protegida, efectuada o no mediante violencia.

31 de diciembre: Se publica en el Boletín Oficial del Estado la nueva Ley de Salud para el estado de Baja California Sur.

2005

1 de marzo: El Congreso Estatal de Baja California Sur aprueba nuevos códigos: Penal y de Procedimientos Penales. El nuevo Código Penal de Baja California Sur establece una de las penas más bajas en la práctica de un aborto para la República Mexicana: de dos meses a dos años. Asimismo, se agrega una nueva causal de no punibilidad: cuando la salud de la mujer sufra grave afectación si no es practicado el aborto. También se reglamentó el aborto legal por violación o inseminación artificial en el Código de Procedimientos Penales. En éste, se señala la facultad del Ministerio Público de autorizar en un término de 24 horas el aborto cuando se cumplen cinco requisitos.

20 de marzo: Se publica en el Boletín Oficial del Estado el nuevo Código Penal y de Procedimientos Penales para el estado de Baja California Sur.

20 de septiembre: Entran en vigencia el nuevo Código Penal y de Procedimientos Penales para el estado de Baja California Sur.

2006

15 de noviembre: La Secretaría de Salud del DF pública, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, los nuevos Lineamientos Generales de Organización de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, sustituyendo a los Lineamientos publicados el 23 de abril de 2002.

29 de diciembre: Se publica el nuevo Código Penal para el Estado de Chihuahua donde se incluye una nueva excluyente de responsabilidad penal para el aborto: en casos de inseminación artificial no consentida y se suprime el castigo por aborto imprudencial o culposo.

2007

Marzo: En el Distrito Federal se discute ampliamente, en la sociedad y en los medios de comunicación, una iniciativa para la despenalización del aborto, sin restricción alguna, en las primeras doce semanas de gestación.

El PRD presenta sendas iniciativas en la Cámara de Diputados y en la Cámara de Senadores con la finalidad de despenalizar el aborto voluntario en las primeras semanas de gestación. Ambas propuestas buscan la modificación del Código Penal Federal.

24 de abril: En un hecho histórico, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprueba la ley que despenaliza el aborto hasta la semana 12 de gestación. Esta ley incluye mecanismos para la impartición de servicios de salud adecuados y mejora los mecanismos para la protección a una maternidad libre, informada y responsable.

26 de abril: A dos días de la aprobación de la despenalización del aborto en la ALDF, se publica en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el "Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal" con las modificaciones relacionadas al aborto y servicios de salud.

4 de mayo: La Secretaría de Salud del DF pública, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, los nuevos Lineamientos Generales de Organización de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, reformando, adicionando y derogando diversos puntos de la Circular GDF/SSDF/01/06 publicada el 15 de noviembre de 2006. Estos Lineamientos reglamentan la prestación de servicios para la interrupción del embarazo hasta la 12a semana de acuerdo con lo publicado el 26 de abril en la Gaceta Oficial del DF.

24-29 de mayo: El día 24 de mayo, el presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y el día 25, el titular de la Procuraduría General de la República (PGR) interpusieron sendas demandas de inconstitucionalidad en contra de las reformas que despenalizaron la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México.

El día 29, el ministro de la Suprema Corte de Justicia, Sergio Salvador Aguirre Anguiano, admitió dichas demandas. Se les denominaron Acciones de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007.

2008

31 de marzo: El presidente Ministro de la Suprema Corte de Justicia anuncia la celebración de seis audiencias públicas para escuchar opiniones en torno a las Acciones de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007 contra las reformas en el DF que despenalizaron el aborto en las primeras 12 semanas de gestación por parte de los promoventes, demandados, organizaciones y particulares. Las audiencias se establecen por considerarlas de interés jurídico y relevante a nivel nacional.

11 de abril-27 de junio: Se llevan a cabo las seis audiencias públicas (tres a favor de las reformas y tres en contra). Por ser de gran interés, las audiencias públicas se transmiten en vivo por canales de televisión de paga, y por medio de internet en el sitio web de la Suprema Corte.

En aras de la transparencia, la SCJN presenta un sitio web especialmente dedicado al análisis integral de las Acciones de Inconstitucionalidad.

21 de abril: Se publican modificaciones al Código Penal para el Estado de Hidalgo donde se incluye una nueva excluyente de responsabilidad penal para el aborto: Por malformaciones genéticas o congénitas graves del producto e igualmente amplía de 75 a 90 días el plazo permitido para efectuar el aborto por motivos de violación o inseminación artificial no consentida.

25-27 de agosto: El pleno de la Suprema Corte de Justicia analiza las Acciones de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007.

28 de agosto: El Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó, mediante una votación de 8 votos a favor, declarar la constitucionalidad de la despenalización del aborto en el DF antes de las 12 semanas de gestación. Esta decisión histórica constituye la sentencia más importante en el reconocimiento al derecho de las mujeres en México.

2009

26 de febrero: La Suprema Corte de Justicia de la Nación publica en su micrositio de internet sobre la despenalización del aborto en el Distrito Federal, la "Sentencia definitiva acerca de la Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007" cuyo engrose fue elaborado por el Ministro José Ramón Cossío.

5.2 PROGRAMA DE INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO

Con el propósito de garantizar el cumplimiento de la normatividad en materia de interrupción legal del embarazo, entre las que se encuentran el código penal para el distrito federal, se ha elaborado el manual de la secretaria de salud del distrito federal, que contiene los lineamientos generales a los que se deberá apegarse la práctica de la interrupción legal del embarazo:

- Acorde con el artículo 144, que define jurídicamente al aborto como la interrupción del embarazo, después de la decima segunda semana de la gestación.
- El artículo 148, donde se mencionan las excluyentes de responsabilidad penal para la interrupción legal del embarazo.

Ambos artículos del código penal para el distrito federal en concordancia con el artículo 131 bis del código de procedimientos penales para el distrito federal.



PERFIL DE LAS USUARIAS QUE HAN REALIZADO INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE MÉXICO ABRIL DE 2007- 31 DE MARZO DE 2014 118,500

LUGAR DE RESIDENCIA	NUMERO DE HIJOS	EDAD	EDUCACIÓN
-Distrito Federal=72.8% -Estado de México=23.3% -Resto de la República y extranjeras= 3.4%	-Sin hijos= 34.2% -1 hijo= 26.3% -2 hijos= 22.9% -3 hijos= 10.6% -Más de 3 hijos=6.1%	-11 a 14 años =0.7% -15 a 17 años= 4.8% -18 a 24 años= 7.6% -25 a 29 años= 2.2% -30 a 34 años= 3.2% -35 a 39 años= 8% -40 a 44 años= 2.8% -45 a 54 años= 0.2% - No especifica=0.5%	-Primaria= 8.6% -Secundaria= 33% -Preparatoria= 39.2% -Superior= 16.8% -Técnico= 0.5% -Ninguna= 1.9%

MÉTODO MEDICO	ESTADO CIVIL	SEGURIDAD SOCIAL	SEMANA DE GESTACION
-Medicamento=70.5% -AMEU*= 27% -LIU*= 2.5%	-Soltera= 52.2% -Casada= 15.3% -Divorciada= 3.5% -Unión Libre= 28.1% -Viuda= 0.3% -No especifica= 0.6%	- Otra= 57.3% -Gratuidad= 34.4% -IMSS= 7% -ISSSTE= 1.2% -Pemex= 0.1% -Privado= 0% -Sedena/Semar= 0%	-< 4 semanas= 4.4% -5 semanas= 9.5% -6 semanas= 16.7% -7 semanas= 20.7% -8 semanas= 16.3% -9 semanas= 13.1% -10 semanas= 10% -11 semanas= 7.5% -12 semanas= 1.8%

REINCIDENCIA	RELIGION	ANTICONCEPTIVOS POS-ILE	OCUPACION
-Porcentaje de mujeres que se han realizado más de una ILE= 2.2%	-Católica= 59.7% -Cristiana= 2.1% -Otra= 3.1% -Ninguna= 36.9%	-Condón= 8.3% -Pastillas= 11.9% -DIU= 28.6% -OTB= 3% -Otro= 28.3% -Inyecciones= 5.2% -No acepto= 14.7%	-Hogar= 36.5% -Estudiante= 24.4% -Empleada= 23.1% -Desempleada= 5.4% -Comerciante= 4.6% -Otra= 4.1% -Doméstica= 1.3% -Profesionista= 0.4% -Obrera= 0.2%

6632 ILES realizadas a menores de 18 años de 2007 a marzo de 2014 según las estadísticas de GIRE.

Objetivo de los procedimientos de interrupción legal del embarazo:

Establecer los lineamientos normativos que acatará la autoridad y el personal médico y paramédico adscrito a unidades del primer nivel de atención, que atienda a la mujer embarazada que por alguna de las causales establecidas en el artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal, por interrupción legal del embarazo.

METODOS DE INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO

AMEU (ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA)

AMEU: es la aspiración manual endouterina es el procedimiento utilizado para evacuar el contenido del útero y obtener muestras para estudio histopatológico.

Los equipos AMEU contienen jeringas con válvulas sencillas y dobles, así como un juego de cánulas de karman. Las jeringas tienen una capacidad de 60 ml y constan de émbolos, anillo de seguridad y silicón para lubricar la jeringa; aquí se forma el vacío que extrae el contenido del útero a través de la cánula.



INDICACIONES

Manejo del aborto incompleto: para úteros hasta la semana 8 de gestación y de acuerdo con la exploración bimanual, puede utilizarse la jeringa con válvula sencilla y cánulas de 5 o 6 mm; para úteros mayores y hasta la semana 12, es necesario el uso de jeringas dobles y cánulas de mayor diámetro.

- La extracción menstrual se distingue del legrado uterino, ya que normalmente no es necesaria la dilatación cervical (amenorrea hasta seis semanas de la menstruación; se pueden utilizar cánulas de 4 a 6 mm.
- Para obtención de biopsia de endometrio, solo es necesario el uso de la jeringa sencilla y una cánula de 4 mm.
- Para la evacuación de embarazos molares, en úteros con tamaño de un embarazo de hasta 12 semanas, es necesario el uso de jeringas dobles y cánulas de 12 mm.

CONTRAINDICACIONES

La infección del tracto genital contraindica el procedimiento hasta que sea controlada, ya que puede extenderse.

En pacientes con cavidades uterinas sumamente irregulares, debe evitarse el uso de esta intervención por el riesgo de una evacuación incompleta.

Tampoco se debe realizar en mujeres con alteraciones sanguíneas, para evitar sangrado o problemas de coagulación.

COMPLICACIONES

- A. Las complicaciones tempranas con:
 - Perforación uterina
 - Lesiones cervicales
 - Calambres
 - Sincopes
- B. Las complicaciones tardías son
 - Infección
 - Hemorragia por un vaciamiento uterino incorrecto
 - Hematimetría
 - Embolia gaseosa

PERFORACIÓN UTERINA

Cuando existe un reblandecimiento de la pared uterina (infección) y se efectúa una dilatación forzada, la probabilidad de perforación aumenta, por lo que es de suma importancia determinar la posición del útero. Si llega a presentarse esta complicación, debe tomarse medidas como la observación, laparoscopia y laparotomía.

INFECCIÓN PÉLVICA

Para evitar esta complicación, es importante la evaluación del uso de antibiótico en forma posoperatoria; el tratamiento dependerá del tipo y localización de la infección.

HEMORRAGIA

Su tratamiento dependerá de la causa y gravedad. Puede ser de utilidad repetir la aspiración de la cavidad uterina, el uso de oxitócicos, sutura de laceraciones, transfusión y cirugía.

HEMATOMETRIA

Complicaciones en la que se obstruye la salida de la sangre de la cavidad uterina, provocándose un sangrado continuo dentro de la cavidad, distensión, dolor y síntomas vágales; generalmente se presenta en las primeras horas posteriores al tratamiento, el diagnóstico se establece por un útero mayor que antes del procedimiento y es sumamente doloroso; el tratamiento consiste en aspirar de nuevo la cavidad, la administración de oxitócicos, así como masaje con la finalidad de mantener contraído el útero.

EMBOLIA GASEOSA

Rara complicación que se presenta si el embolo de la jeringa se empuja hacia adelante cuando la cánula se encuentra dentro de la cavidad uterina.

La aspiración manual endouterina puede efectuarse fuera del quirófano, como en la consulta externa, en el servicio de urgencias, en cirugía ambulatoria o en área de tococirugía. Para procedimientos como la toma de biopsia de endometrio o regulación menstrual, debido a que normalmente no es necesaria la dilatación, el uso de un bloqueo cervical no es necesario. En los procedimientos en que se requería anestesia para la AMEU, la anestesia local tiene gran aceptación, además de proporcionar un alto nivel de seguridad y no interferir con la contracción del útero.

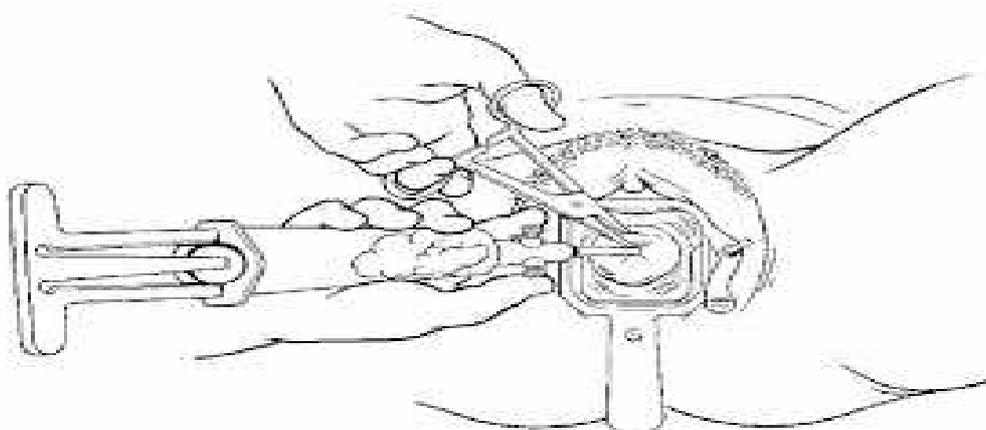
El bloqueo paracervical (inflamación local) abarca las fibras nerviosas que se distribuyen ampliamente alrededor del cérvix y del canal cervical, disminuyendo el dolor de la atracción y dilatación. El bloqueo paracervical no alcanza los nervios uterinos, por lo tanto no tiene ningún efecto sobre el dolor uterino (cólicos).

Las complicaciones graves de este procedimiento anestésico son raras; sin embargo han sido reportados cuadros convulsivos e incluso defunciones (cuando se han administrado grandes dosis de anestésico o aplicado el anestésico dentro de un vaso sanguíneo).

Para evitar estas complicaciones, no deberá usarse más de 16 ml de xilocaina al 1% y usar la técnica en forma correcta.

TÉCNICA ANESTÉSICA:

- En cada sitio donde se vaya a aplicar la inyección de xilocaina, se debe introducir la aguja y luego aspirar retirando suavemente el embolo para asegurarse que la aguja no está penetrando un vaso sanguíneo. Si se observa cualquier rastro de sangre en la jeringa, no aplicar la inyección; retirar la aguja y buscar otro sitio para infiltrar.
- Utilizar una aguja para bloqueo raquídeo del numero 22 y una jeringa para inyectar 2 ml de anestésico en el labio anterior del cérvix.
- Colocar de inmediato una pinza de pozzi en este sitio, hacer una ligera tracción del cérvix para poder distinguir la transición entre el epitelio cervical y el tejido vaginal; esta reflexión indica el sitio para la infiltración adicional alrededor del cérvix.
- Aplicar 5 ml del anestésico bajo el epitelio a una profundidad no mayor de 2 a 3 mm, en los sitios donde se encuentra la unión de los ligamentos uterosacos con el cérvix (a las 4 o 5 y a las 7 u 8 de las manecillas del reloj). Si la aplicación es correcta se observara un engrosamiento blanquecino del tejido.
- Al terminar la serie de inyecciones, dejar pasar un mínimo de 2 a 4 min, para obtener un máximo efecto.



TÉCNICA AMEU

Antes de iniciar la evacuación del contenido uterino, es importante contar con una historia clínica completa y una exploración pélvica minuciosa, la cual tiene como finalidad conocer el tamaño, consistencia y posición del útero, determinar si hay dolor a la palpación y evaluar el grado de dilatación cervical que existe. Si el útero es mayor a lo esperado, puede tratarse de un embarazo mayor, un embarazo múltiple, un útero con coágulos, un embarazo molar o presencia de miomas. Si el útero es de tamaño mayor a las 12 semanas de gestación, la AMEU no está indicada. No se deberá intentar la AMEU en pacientes que por obesidad, retroversión o poca cooperación de la paciente no se haya determinado el tamaño real del útero.

Todo instrumental o parte del mismo que se introduzca en la cavidad uterina debe estar estéril, Debe mantenerse durante todo el procedimiento una técnica de no contacto.

- Una vez colocado el espejo vaginal, bajar el cérvix con una pinza de pozzi y ejercer una tracción suave para alinear el canal cervical.
- Aplicar el bloqueo paracervical.
- Si es necesario, debe realizar la dilatación cervical con suavidad. Utilizar los dilatadores de pratt o de denniston, cuidando no lesionar el cérvix o producir una falsa vía.
- Introducir la cánula con suavidad dentro de la cavidad uterina, rebasando el orificio cervical interno; mientras se sostiene el cérvix firmemente aplicar movimientos de rotación de la cánula con presión suave para facilitar la introducción.
- Empujar lentamente la cánula dentro de la cavidad uterina hasta tocar el fondo y verificar el tamaño de la cavidad por los puntos visibles de la cánula. El punto más cercano al extremo se encuentra a 6 cm de la punta y los restantes a 1 cm. Una vez medido el tamaño de la cavidad, retirar la cánula un poco antes de conectarla a la jeringa e iniciar la evacuación.
- Conectar la jeringa ya preparada (formando el vacío) a la cánula. Sostener la cánula con el dedo índice y el pulgar, traccionando suavemente la pinza pozzi con los otros dedos y la jeringa en la otra mano, hacer la conexión. Vigilar que la cánula no se desplace hacia adelante en el útero mientras se conecta la jeringa.

- Soltar la válvula de la jeringa para pasar el vacío hacia el útero a través de la cánula. Deben empezar a fluir restos histicos con sangre y burbujas hacia la jeringa.
- Evacuar el contenido del útero desplazando en forma suave y lenta la cánula con movimientos de rotación y al mismo tiempo hacia atrás. Es importante que no se retiren las aberturas de la cánula más allá del orificio cervical externo, ya que se provocara la pérdida del vacío. Si esto ocurre o séllenla la jeringa, siga las instrucciones para formar nuevamente el vacío. Mientras se mantiene el vacío y la cánula se encuentra se mantiene el vacío y la cánula se encuentra dentro del útero, nunca se debe tomar la jeringa por los brazos del embolo, para evitar que este último se deslice dentro de la jeringa, ya que pueden devolverse restos de tejido o aire hacia el útero y provocar complicaciones.
- El procedimiento termina cuando en la cánula se observa espuma de color rojo o rosado y no se encuentran restos de tejido; se percibe una sensación de aspereza cuando la cánula recorre la superficie del útero vacío y este se contrae apretando la cánula. Retirar esta última, desconectar la jeringa y vaciar el contenido de la jeringa en un recipiente.
- Descontaminar todo el instrumental en una solución de cloro y dejar en remojo 10 minutos.
- Inspeccionar los restos de tejido para apreciar la presencia de partes del producto de la concepción y asegurarse que la evacuación hay sido completa.

La AMEU es un procedimiento más rápido que la dilatación y el legrado.

CUIDADOS POSOPERATORIOS

- Vigilar la recuperación de la paciente
- Revisar signos vitales
- Permitir el descanso comodo de la paciente
- Revisar el sangrado por lo menos una vez antes de darla de alta, verificar que hayan disminuido los cólicos uterinos.
- Si se ha iniciado el cuidado de la infección, continuar con el tratamiento.
- Si la paciente es Rh negativo, administrar inmunoglobulina anti D, antes de darla de alta.

Si no es necesario un tratamiento adicional, la paciente puede ser dada de alta tan pronto como se encuentra estable, pueda caminar por si sola y haya recibido la información necesaria sobre su recuperación.

PROBLEMAS TÉCNICOS DEL AMEU

Durante la AMEU, el vacío se conserva constante en la jeringa hasta que esta se encuentra a 90% de su capacidad. Sin embargo, pueden presentarse una disminución del vacío antes que se complete la aspiración; debido a que la jeringa se halla llenado, la cánula ha sido retirada en forma prematura o se ha obstruido.

JERINGA LLENA

- El manejo de este problema técnico es:
- Cerrar la válvula
- Separa la jeringa de la cánula, dejando el extremo de la cánula dentro del útero
- Vaciar el contenido de la jeringa en un recipiente abriendo la válvula de seguridad y empujando el embolo dentro del cilindro
- Volver a formar el vacío en la jeringa, conectarla nuevamente a la cánula y reanudar la aspiración, puede tener a la mano una segunda jeringa para la aspiración para cambiarla si la primera se alenta.

RETIRO DE LA CÁNULA

Si las aberturas de la cánula se retiran fuera del útero más allá del orificio cervical externo (dentro del canal vaginal):

- Retirar la cánula cuidando no contaminarla por contacto con las paredes vaginales u otra superficie no estéril.
- Cerrar la válvula de seguridad de la jeringa.
- Desconectar la jeringa de la cánula, vaciar el contenido de la jeringa y volver a formar el vacío.
- Si la cánula no se ha contaminado, volver a introducirla. Si se contamina, introducir otra cánula estéril.
- Volver a conectar la jeringa, soltar la válvula y continuar la aspiración.

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

LUI (legrado uterino instrumental): se define como el raspado o la limpieza de la cavidad endometrial mediante un instrumento denominado legra o cureta.

INDICACIONES

Las indicaciones se dividen en ginecológicas y obstétricas:

GINECOLÓGICAS

Hemorragia uterina anormal

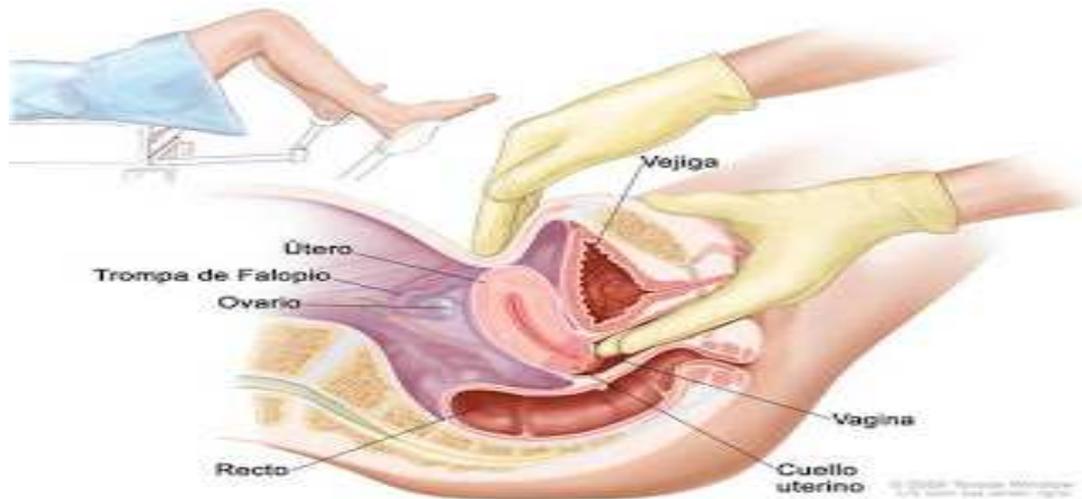
- a) **Disfuncional:** cualquier alteración hormonal resistente a tratamiento médico.
- b) **Orgánica:** alteración anatómica como pólipo endometrial, miomatosis uterina del tipo submucosa.
 - Hiperplasia endometrial
 - Biopsia endometrial
 - Legrado fraccionado bajo sospecha de cáncer
 - Dispositivo intrauterino traslocado

OBSTÉTRICAS

- Aborto incompleto
- Aborto diferido (con huevo muerto retenido y /o anembrionico).
- Retención de restos placentarios
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- Desiduitis posterior a cualquier evento obstétrico

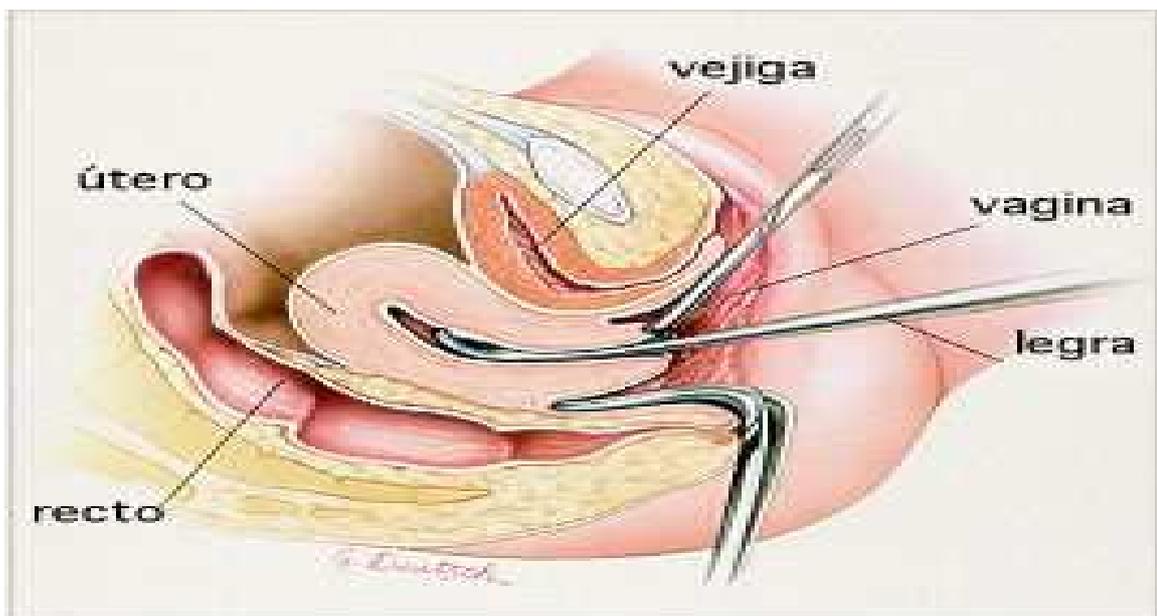
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

1. La paciente se coloca en posición de litotomía dorsal (ginecológica o sims).
2. Exploración bimanual del útero y anexos antes de iniciar el procedimiento, determinando las características de :
 - a) **Cérvix:** su longitud y dilatación del orificio cervical interno.
 - b) **Útero:** tamaño, forma, posición, consistencia y si está ocupado.



- c) **Anexos:** Presencia o no de tumoraciones en los ligamentos suspensores del útero, salpinges, ovarios o de estructuras aledañas.
- d) **Fondos de saco vaginales:** Si se palpa distensión que sugiera la presencia de líquido libre.
- 3. **Exploración del cérvix a través del canal endovaginal:** Con una válvula vaginal con peso o sin peso (de obrad), separador o espejo vaginal (de graves o moore-graves) adecuado al tamaño de la vagina.
- 4. **Pinzamiento del cérvix:** Se fija el labio anterior del cérvix cuando el útero está en anteversión o el labio posterior en retroflexión, utilizando una pinza o tenáculo de dientes único (pozzi o jacobson) y en forma vertical al cuello uterino; esto permite el control sobre la movilidad del útero, fijándolo para proceder a la histerectometría.
- 5. **Histerectometría directa:** La introducción del histerectómetro debe realizarse en forma sutil, siguiendo la dirección del útero hasta sentir el topo, que corresponde al fondo uterino y determinar su profundidad.
- 6. **Dilatación:** En caso de que el orificio cervical interno se encuentre cerrado y no permita el paso del histerectómetro, se realiza la dilatación con dilatadores o bujías graduadas, de plástico o metal, de punta roma, tipo hegar, pratt o vacurette, iniciando con el de menor calibre e incrementándolo paulatinamente después de un tiempo de espera para que se efectúe la elongación del tejido, hasta permitir el paso adecuado del histerectómetro y las legas; en la paciente joven debe realizarse la menor dilatación para evitar lesión del orificio cervical interno (Máximo hasta hegar 8) que deje como secuela la lesión física del cérvix y su posterior incompetencia.

7. **Curetaje:** Inicia en el momento en que el orificio cervical interno es permeable a las legras, curetas o cucharillas, que pueden ser de borde cortante o romo. Se introduce a través del orificio cervical de forma delicada y cuidadosa, hasta llegar al fondo uterino, recordando no pasar más allá de la medida hecha con el histerestometro. El rapado o Curetaje se realiza en sentido contrario a las manecillas del reloj con fuerza contra la pared uterina; por último, pasar la legra a nivel de los cuernos uterinos. Debe tenerse presente que el tallado debe ser lo suficiente enérgico para desprender el tejido deseado y lo bastante sensible como para no desprenderse la capa basal del endometrio. Los signos que indican que la cavidad endometrial ha quedado limpia son la sensación de una pared aspera, que produce un sonido característico denominado como "llanto del útero" y la presencia de un sangrado escaso, espumoso de color rojo vivo.
8. Terminado el Curetaje verifica que no exista hemorragia persistente y se culmina con un aseo de la vagina y periné.



Una vez terminado el LUI la paciente debe pasar a una sala de recuperación, donde se vigilarán sus signos vitales y una buena contracción uterina que se manifiesta por ausencia de sangrado transvaginal activo; se administran analgésicos por razón necesaria, ya que presentan dolor tipo cólico secundario a contracciones uterinas y; de ser requerido, aplicar uterotonicos y antibióticos. A su egreso se recomienda no utilizar tampones, duchas vaginales ni actividad sexual durante 10 a 14 días.

COMPLICACIONES

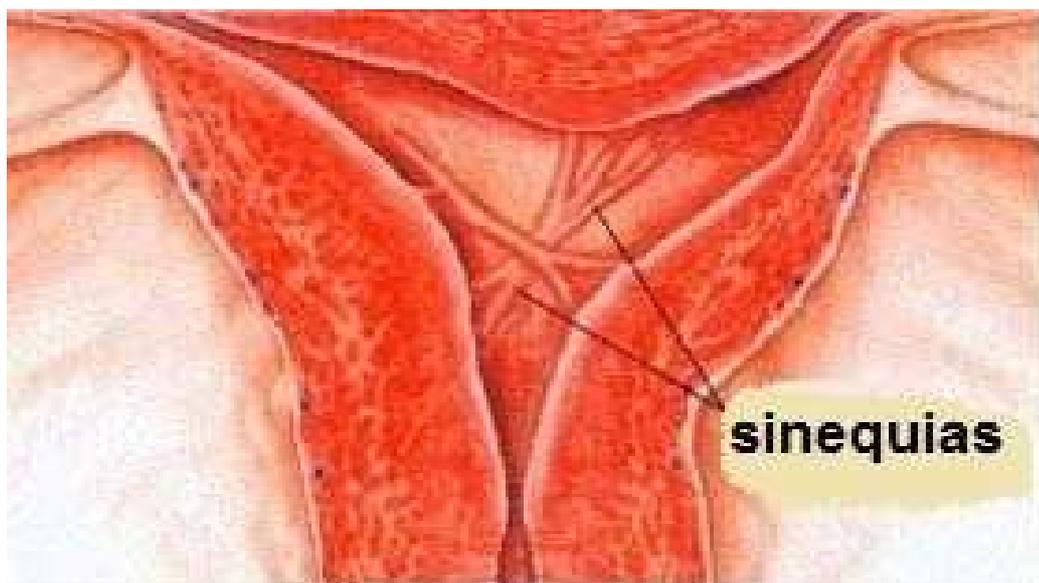
- **Perforación uterina:** Puede producirse al momento de la histerectometría, dilatación o durante el Curetaje, para disminuir este accidente, la fijación cervical con el tenáculo es imprescindible; así como también la introducción cuidadosa de cualquier instrumental dentro del útero.
- **Presencia de sangrado por atonía:** Si al terminar el LUI el útero no recobra su tono, es necesario utilizar uterotonicos y corroborar que la cavidad uterina está completamente libre de restos de tejido.
- **Lesión cervical:** Durante la fijación con el tenáculo, se produce laceración o desgarro. La pérdida de la capacidad como esfínter fisiológico, al realizar una dilatación rápida, brusca o mayor al hegar 8 origina incompetencia cervical.

MEDIATAS

- Infección por persistencia de residuos (desiduitis)

TARDÍAS

- **Sinequias:** tienen como principal precursor la destrucción de la capa basal del endometrio, si el legrado ha sido muy enérgico, se puede desprender una amplia zona del endometrio, si el legrado ha sido muy enérgico, se puede desprender una amplia zona del endometrio, produciendo síndrome de Ashermann, que es el adosamientos de ambas paredes uterinas con amenorrea secundaria.



CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL

Fecha de modificación más reciente: 26/abril/2007

Ubicación: Libro segundo: Parte especial

Título primero: Delitos contra la vida y la integridad corporal

Capítulo: V

Artículo 144.- Aborto es la muerte del producto de la concepción después de la décimasegunda semana de gestación.

Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

Artículo 145.- Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

Al que hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión.

Artículo 146.- Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada.

Para efectos de este artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión.

Artículo 147.- Si el aborto o aborto forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta.

Artículo 148.- Se consideran como excluyentes de responsabilidad penal en el delito de aborto:

- I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 150 de este Código;
- II. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora;

III. Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada; o

IV. Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

En los casos contemplados en las fracciones I, II y III, los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL DISTRITO FEDERAL

Fecha de modificación más reciente: 11/noviembre/2002

Ubicación: Título segundo: Diligencias de averiguación previa e instrucción

Sección primera: Disposiciones comunes

Capítulo: II: Curación de heridos y enfermos

Artículo 131 Bis.- El Ministerio Público autorizará en un término de veinticuatro horas, contadas a partir de que la mujer presente la solicitud, la interrupción de embarazo de acuerdo con lo previsto en el artículo 148, fracción I del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal cuando concurren los siguientes requisitos:

I.- Que exista denuncia por el delito de violación o inseminación artificial no consentida;

II.- Que la víctima declara la existencia del embarazo;

III.- Que se comprueba la existencia del embarazo en cualquier instituto del sistema público o privado de salud;

IV.- Que existan elementos que permitan al Ministerio Público suponer que el embarazo es producto de una violación o inseminación artificial en los supuestos de los artículos 150 y 151 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal; y

V.- Que exista solicitud de la mujer embarazada.

Las instituciones de salud pública del Distrito Federal deberán, a petición de la interesada, practicar el examen que compruebe la existencia del embarazo, así como su interrupción.

En todos los casos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer información imparcial, objetiva, veraz y suficiente sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como los apoyos y alternativas existentes; para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.

Esta información deberá ser proporcionada de manera inmediata y no deberá tener como objetivo, inducir o retrasar la decisión de la mujer.

De igual manera, en el periodo posterior ofrecerán la orientación y apoyos necesarios para propiciar su rehabilitación personal y familiar para evitar abortos subsecuentes

REGLAMENTOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD

CAPÍTULO XII

Disposiciones para la prestación de servicios médicos para la Interrupción del Embarazo

Artículo 185.- La interrupción del embarazo es el procedimiento que se realiza hasta la décima segunda semana de gestación y hasta la vigésima semana de gestación, de conformidad con las excluyentes de responsabilidad penal establecidas por el artículo 148 del Código Penal y el artículo 131 bis del Código de Procedimientos Penales, ambos para el Distrito Federal.

Artículo 186.- Las instituciones públicas de salud del Gobierno del Distrito Federal deberán proceder a la interrupción del embarazo en forma gratuita, en condiciones de calidad y cuando la mujer interesada así lo solicite, se deberán proporcionar servicios de orientación médica, trabajo social, métodos de planificación familiar por enfermeras y personal médico; así como información de otras alternativas y sus posibles consecuencias en la salud.

Artículo 187. – La interrupción del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación, se realizará por médicos gineco-obstetras o cirujanos generales, debidamente capacitados o adiestrados, en una unidad médica con capacidad de atención que cumpla con los requisitos establecidos en los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal.

Artículo 188.- Para la práctica del procedimiento de interrupción del embarazo, prevista en los artículos anteriores del presente Reglamento, será obligatorio se practiquen y presenten los dictámenes médicos de edad gestacional y de anomalías genéticas o congénitas. Estos dictámenes estarán fundamentados preferentemente en estudios específicos realizados con auxiliares de diagnóstico, entre los que se encuentran: técnicas de ecografía o similares, técnicas bioquímicas, técnicas citogenéticas y técnicas analíticas. El diagnóstico será de presunción de riesgo y basado en criterios de probabilidad.

Artículo 189.- Los médicos que emitan dictámenes médicos de edad gestacional o de anomalías genéticas o congénitas, acreditarán su especialidad mediante documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico, y deberán estar adscritos a alguna institución de salud del sector público, social o privado.

Artículo 190.- Las unidades médicas donde podrán realizarse procedimientos de interrupción legal del embarazo, contemplados en los artículos anteriores y en los Lineamientos Generales, serán las pertenecientes al sector público o privado que cumplan con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana, "Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria", y que dispongan de personal médico gineco-obstetra o cirujano general debidamente capacitado y adiestrado para realizar el procedimiento.

Artículo 191.- La técnica utilizada para realizar la interrupción del embarazo podrá ser médica o quirúrgica, y se hará tomando en consideración las semanas de gestación del producto y de acuerdo con el criterio del médico gineco-obstetra o del cirujano general, debidamente capacitado, encargado de realizar el procedimiento.

Artículo 192.- La interrupción del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación, se realizará por médicos gineco-obstetras o cirujanos generales, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- I. Que lo solicite por escrito la mujer a quien se practicará la interrupción del embarazo, mediante el llenado del formato correspondiente.
- II. Que se proporcione a la mujer solicitante consejería por personal médico de la unidad hospitalaria, y de forma libre y voluntaria otorgue su consentimiento informado en los formatos respectivos; y
- III. Que al momento de la solicitud de la interrupción del embarazo la mujer tenga hasta doce semanas de gestación, acreditado con el dictamen médico de edad gestacional correspondiente.

Artículo 193.- La práctica de interrupción del embarazo, de acuerdo con las excluyentes de responsabilidad penal, se realizará siempre y cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

I.- Cuando el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación o de una inseminación artificial no consentida, siempre y cuando obre la autorización para la interrupción del embarazo emitida por el Agente del Ministerio Público, adscrito al Sistema de Auxilio a Víctimas en su carácter de representante social;

II.- Cuando la continuidad de la gestación represente un grave riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada, condición avalada por el juicio emitido por el médico especialista que la atiende y oyendo el dictamen de otro médico con la especialidad acorde con la patología que presente dicha persona. En caso de que la demora sea peligrosa para la gestante, podrá prescindirse del dictamen del segundo médico;

III.- Cuando exista razón suficiente para diagnosticar que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas, que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo; avalados por dos dictámenes médicos emitidos por dos especialistas adscritos a unidades médicas del sector público, social o privado;

IV.- Cuando un embarazo ya se encuentre interrumpido, como resultado de una conducta culposa o no intencional de la mujer embarazada.

Artículo 194.- Para la práctica del procedimiento de interrupción del embarazo, será obligatorio que se practique y presenten los dictámenes médicos de edad gestacional y de anomalías genéticas o congénitas.

Artículo 195.- Los médicos que emitan dictámenes médicos de edad gestacional o de anomalías genéticas o congénitas, acreditarán su especialidad mediante documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico, y deberán estar adscritos a alguna institución de salud del sector público, social o privado.

Artículo 196.- El personal médico responsable de realizar el procedimiento programado de interrupción del embarazo, integrará al expediente clínico de la mujer solicitante los documentos siguientes, según sea el caso:

I. Consentimiento informado para la interrupción del embarazo, debidamente requisitado

II. Dictamen médico de edad gestacional en el supuesto de interrupción del embarazo hasta la décima segunda semana de gestación;

III. Dictámenes médicos de edad gestacional y de anomalías genéticas o congénitas en los casos de interrupción de embarazo de acuerdo a las excluyentes de responsabilidad penal;
IV. La autorización de interrupción del embarazo por violación o inseminación artificial no consentida emitida por el Agente del Ministerio Público competente.

Los documentos señalados en las fracciones I y IV deberán integrarse en original.

Artículo 197.- Los médicos adscritos a unidades del primer nivel de atención y los adscritos a hospitales que no estén en condiciones para realizar el procedimiento de interrupción del embarazo, referirán a la mujer de manera adecuada, responsable, oportuna y mediante el formato de Referencia y Contrarreferencia debidamente requisitado, a un hospital endonde se practique dicho procedimiento.

Artículo 198.- El personal médico y paramédico que participe en la práctica de procedimientos de interrupción de embarazo, deberá proporcionar un trato digno, respetar la confidencialidad del caso y dar seguridad a la paciente durante su estancia hospitalaria.

Artículo 199.- Los profesionales de la salud podrán abstenerse de participar en la práctica de interrupción del embarazo argumentando razones de conciencia, salvo en los casos en que se ponga en riesgo inminente la vida de la mujer embarazada.

El médico objetor de realizar procedimientos de interrupción del embarazo, referirá a la usuaria de manera inmediata, responsable y discreta con un médico no objetor o a un hospital, donde se realicen procedimientos de interrupción de embarazo, con la Hoja de Referencia y Contrarreferencia y demás documentos de importancia legal, tales como: Resultado de Estudios de Laboratorio o Gabinete, Autorización de interrupción del embarazo emitida por el Agente del Ministerio Público o Dictámenes Médicos, según sea el caso; con la certidumbre que será atendida para resolverle su problema.

Artículo 200.- Las autoridades de la unidad hospitalaria, agilizarán los trámites administrativos necesarios para que el procedimiento de interrupción del embarazo se lleve a cabo lo más tempranamente posible, resolviendo la solicitud a la mujer embarazada de hasta doce semanas de gestación, en un máximo de cuarenta y ocho horas, y en el caso de las excluyentes de responsabilidad penal, en un plazo no mayor a los diez días naturales a partir de la primera consulta en la unidad, con el propósito de disminuir riesgos y daños a la salud materna que se incrementan conforme avanza la edad gestacional.

Artículo 201.- El expediente clínico de las usuarias atendidas por interrupción del embarazo, se integrará de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, del Expediente Clínico, incluyendo los siguientes documentos debidamente requisitados: original de dictámenes médicos o de la autorización de interrupción del embarazo por violación emitida por el Agente del Ministerio Público del Sistema de Auxilio a Víctimas, así como los reportes de resultados de auxiliares de diagnóstico practicados a la usuaria; agregando la hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica y de consentimiento informado de la usuaria para el procedimiento y tratamiento.

Artículo 202.- Las autoridades de la unidad hospitalaria, están obligadas a realizar el registro correspondiente de los procedimientos de Interrupción del Embarazo que se lleven a cabo en las Unidades Médicas autorizadas, información que se deberá enviar a la Dirección de Informática en Salud de la Secretaría.

SECRETO PROFESIONAL VS OBLIGACIÓN DE DENUNCIA

En materia de acceso a servicios de aborto legal y seguro, además de considerar las sanciones que se imponen a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, resulta de gran relevancia conocer las obligaciones que la ley impone a las y los prestadores de servicios de salud, tal es el caso del secreto profesional y la obligación de denuncia.

En materia de secreto profesional, el marco internacional de derechos humanos a través del reconocimiento y garantía de los derechos a la intimidad y a la salud, establece como un mecanismo de protección la obligación de las y los prestadores de servicios de salud de guardar el secreto profesional.

A nivel nacional, la Ley General de Salud salvaguarda el deber de confidencialidad y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico establece el manejo discreto y confidencial de la información, la cual sólo puede ser dada a conocer mediante orden judicial y/o administrativa.

Por su parte en el Código Penal Federal¹⁴⁶ se tipifica el delito de revelación de secretos, el cual sanciona la revelación de información recibida con motivo del empleo o ejercicio de una profesión, sin justa causa, hecho que pone en situación de vulnerabilidad a las mujeres que se han realizado un aborto y acuden a los servicios de salud, ya que la comisión del delito de aborto puede ser interpretado por algunos debido a la ambigüedad de la norma, como una justa causa.

Además de la tipificación del delito de encubrimiento, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica establece la obligación de notificar al Ministerio Público casos que involucren lesiones y otros signos que presumiblemente se encuentren vinculados a la comisión de un delito.

Puede concluirse que en el marco normativo mexicano existen serias contradicciones entre el deber del personal médico de guardar el secreto profesional y la obligación de denunciar hechos que puedan ser ilícitos, dichas contradicciones implican incertidumbre jurídica para quienes prestan servicios de salud, pues no queda claro cómo actuarán las autoridades, lo cual puede traer como consecuencia que la aplicación de la ley dependa de los criterios personales de las personas facultadas para ello y no de obligaciones jurídicas.

5.3 PROPUESTA A IMPLEMENTAR EN EL DISTRITO FEDERAL PARA LA ANTICONCEPCION

La anticoncepción postparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente.

La decisión de usar un método anticonceptivo se puede tomar en los siguientes momentos:

- Consulta prenatal
- Postparto
- Transcesarea
- Poscesárea
- Postaborto

La finalidad de esta estrategia es que a todas las mujeres tengan la posibilidad y factibilidad de optar por alguna opción anticonceptiva antes de abandonar la unidad médica, esto propiciado por el alto porcentaje de mujeres que acuden a las unidades a recibir atención obstétrica sin haber tenido un contacto previo con los servicios de salud, la falta de orientación consejería, el difícil acceso a los servicios por su lugar de residencia y los factores culturales relacionados con la percepción de la planificación familiar. En numerosos países la anticoncepción postparto no se consolida a los servicios de planificación familiar como prestación de servicios de salud, y en un alto porcentaje tampoco se atienden las necesidades de las mujeres después de la atención de un evento obstétrico al no promover y ofertar mediante la orientación-consejería el uso de la anticoncepción postparto especialmente durante el control prenatal.

La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el postparto, expone a las mujeres al riesgo de embarazos pocos oportunos o no deseados, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo.

Los embarazos con un periodo intergenesico corto plantean mayores riesgos para la salud de las madres y sus hijos. Aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad de prestación de los servicios de planificación familiar, siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios sobre anticoncepción postparto y postaborto, especialmente entre las y los adolescentes, así como en las mujeres que habitan en las comunidades del área rural.

Actualmente, muchas de estas mujeres no tienen acceso a las opciones anticonceptivas por lo tanto, es necesario establecer estrategias que permitan mejorar la atención de la salud reproductiva de las mujeres después del embarazo.

La secretaria de salud, expuso que el programa de anticoncepción post evento obstétrico (APEO), es una disposición a nivel nacional que deberá aplicarse en todos los hospitales de la secretaria de salud de manera rigurosa, coordinando la preparación del personal interdisciplinario para promover los derechos sexuales y reproductivos, así como el uso de metodología anticonceptiva. De la manera que los usuarios puedan tomar decisiones libres, responsables e informadas respecto de su salud sexual y reproductiva.

Objetivos específicos:

- Prestación de los servicios de anticoncepción postparto, por personal capacitado que garantice el respeto a la libre decisión y el desarrollo de los procedimientos médicos con calidad apegados a las NOM vigentes.
- Prevención de embarazos no planeados, no deseados o de abortos y sus complicaciones, así como de enfermedades de transmisión sexual.
- Diseño, coordinación y ejecución de procesos de información, educación y comunicación social, dirigida a la población usuaria de los servicios de salud reproductiva.
- Información y servicios que brinden una atención integral y con calidad en anticoncepción postparto, con especial atención a las adolescentes embarazadas.
- Investigación operativa en anticoncepción postparto, con la finalidad de evaluar integralmente los procesos y resultados de las acciones para favorecer la toma de decisiones.

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracción V, 13 apartado A) fracción I, 67, 68, 69 de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 45, 46 fracción II, 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 8o. fracción IV y 25 fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

0 Introducción

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

Este documento describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

1. Objeto y campo de aplicación

El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores pública, social y privada del país.

2. Referencias

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, título primero, capítulo I, artículo 4º que hace constar de la siguiente manera:

Artículo 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

- Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

- Ley General de Población, capítulo I, artículo 3o., fracciones II y IV que dicen de la siguiente manera:

ARTÍCULO 3.- Para los fines de esta Ley, la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias componentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para:

II.- Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos, humanos y naturales del país.

IV.- Influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica, y de protección a la infancia, y obtener la participación de la colectividad en la solución de los problemas que la afectan.

- Ley General de Salud, capítulo VI, artículos 67, 68, 69, 70 y 71.

Artículo 67. .- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.

Artículo 68. .- Los servicios de planificación familiar comprenden:

1. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población;
2. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;
3. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.
4. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;
5. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.
6. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Artículo 69. .- La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

Artículo 70. .- La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

Artículo 71. .- La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, capítulo VI, artículos 116, 117, 118, 119 y 120.

ARTÍCULO 116.-corresponde a la secretaria dictar las normas técnicas para la prestación de los servicios básicos de salud en la materia de planificación familiar.

ARTÍCULO 117.-la secretaria proporcionara la asesoría apoyo técnico que se requiera en las instituciones de los sectores público y social, así como en los establecimientos privados para la adecuada prestación de los servicios básicos de salud en materia de planificación familiar.

ARTICULO 118.-sera obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las normas técnicas que emita la secretaria.

ARTÍCULO 119.-para la realización de salpingoclasia y vasectomías, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de los solicitantes, previa información a los mismos sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias.

ARTÍCULO 120.- dichas intervenciones deberán llevarse a efecto de conformidad con las normas técnicas correspondientes.

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, capítulo VI, artículo 17

Capítulo VI del subsecretario de administración y finanzas

Artículo 17.- Corresponde a la Dirección General de Asuntos Jurídicos:

III. Atender, dirigir, coordinar, supervisar y, en su caso, representar a la Secretaría en los asuntos jurídicos de ésta, así como participar en los del sector coordinado a solicitud de éstos;

IV. Establecer, sistematizar, unificar y difundir entre las unidades administrativas de la Secretaría los criterios de interpretación y de aplicación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas competencia de la Secretaría;

V. Compilar, estudiar y difundir las leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, órdenes, normas oficiales mexicanas y demás disposiciones jurídicas, tanto nacionales como internacionales relacionadas con la Secretaría y el Sector Salud;

VI. Revisar y remitir los documentos que requieran ser publicados en el Diario Oficial de la Federación, con excepción de los relativos a las licitaciones públicas;

IX. Participar en la revisión de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría;

X. Fijar, difundir y revisar los lineamientos y requisitos legales a que deben sujetarse los contratos, convenios, acuerdos, bases de coordinación y autorizaciones que celebre o expida la Secretaría y dictaminar sobre su interpretación, suspensión, rescisión, revocación, terminación, nulidad y demás aspectos jurídicos;

XI. Revisar los aspectos jurídicos de los convenios, tratados y acuerdos internacionales en los que la Secretaría participe.

4. Terminología

Terminología seleccionada para los propósitos de esta Norma:

Amenorrea: Ausencia de menstruación por más de 90 días.

Calidad de servicios de planificación familiar. Se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

Ciclo menstrual: Periodo de 28 +/- 5 días comprendido entre dos menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

Cloasma: Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.

Consentimiento informado: Es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Contraindicación: Es la situación de riesgo a la salud por la cual no se debe administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

Disponibilidad de métodos anticonceptivos: Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud o para adquirirlos en las farmacias del país.

Edad fértil o reproductiva: Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Efectividad anticonceptiva: Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

Enfermedad transmisible sexualmente: Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Factor de riesgo: Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

Fiebre: Elevación de la temperatura corporal por arriba de 38.0 grados centígrados, por medición en la cavidad bucal.

Hemorragia: Escape de sangre de los vasos.

Indicación: Prescripción o aplicación de un método anticonceptivo de acuerdo a las necesidades, características y factores de riesgo para la salud de el o la aceptante.

Planificación familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Posparto: Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más.

Post aborto: Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 21 semanas.

Precaución: Es la situación de riesgo a la salud por la cual se debe valorar, bajo criterio clínico, la conveniencia o no de administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

Puerperio: Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días, y comprende tres periodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato del segundo al séptimo día; y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundo días posparto.

Relación sexual: Para los fines de esta Norma se considera relación sexual únicamente el coito vaginal.

Riesgo reproductivo: Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Salud reproductiva: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

Seguridad razonable de ausencia de embarazo: Es cuando la mujer:

1. No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación,
2. Ha usado correcta y consistentemente un método anticonceptivo,
3. Está dentro de los primeros siete días después del inicio de la menstruación,
4. Está en lactancia exclusiva y amenorrea posparto,
5. Está dentro de las primeras cuatro semanas del posparto (para mujeres que no están lactando), y
6. Está dentro de los primeros siete días post aborto.

Usuario: Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

Usuario potencial: Hombres y mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que actualmente no usan un método anticonceptivo.

5. Disposiciones generales

5.1 Servicios de planificación familiar

5.1.1 Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

5.1.2 Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

5.2 Promoción y difusión

La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

5.3 Información y educación

Deben impartirse tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos:

- a) Sexualidad y reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.
- b) Información y orientación sobre salud reproductiva, con énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida, con el fin de que los individuos lleguen al autorreconocimiento de sus factores de riesgo.
- c) Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo.
- d) Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.
- e) Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.

5.4 Consejería

5.4.1 Definición

La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.

5.4.2 Características

5.4.2.1 La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:

- Sus características.
- Efectividad anticonceptiva.
- Indicaciones.
- Contraindicaciones y precauciones.
- Forma de administración.
- Lineamientos generales para la prescripción.
- Duración de la protección anticonceptiva.
- Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.
- Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.
- Cuando proceda, información sobre el costo.

La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles y estériles.

5.4.2.2 La consejería debe hacer énfasis en la correlación entre los atributos y limitaciones de los métodos anticonceptivos, con las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, para lograr la efectividad del método seleccionado.

5.4.2.3 La consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial.

5.4.2.4 El consejero debe constatar que los aceptantes han recibido y comprendido la información completa sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de su responsabilidad por el buen uso de ellos. En virtud de que no existe un anticonceptivo 100% efectivo, el aceptante asume el riesgo de la falla de cada método.

5.4.2.5 La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos: a) adolescentes; b) usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente; c) individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión, y d) en el posparto y poscesárea cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

5.4.2.6 La consejería debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos, tanto a los nuevos usuarios o aceptantes, como a los usuarios activos, con el fin de esclarecer dudas. En caso necesario, será un apoyo para la decisión de cambio de método.

5.4.2.7 La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento.

5.4.3 Perfil del prestador de servicios que proporciona consejería

La consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud comunitaria).

Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresarse con absoluta confianza y libertad. El consejero debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario, a través de su actitud y del interés mostrado al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad.

El consejero debe reconocer signos de cualesquier problema emocional u orgánico de importancia en el solicitante y hacer la referencia en caso necesario.

5.4.4 Tiempo y lugar para efectuar la consejería

La consejería puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta, externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. El proceso de consejería debe realizarse con anterioridad a la decisión del usuario, y a la selección y aplicación de los métodos anticonceptivos.

Debe tenerse especial interés en proporcionar consejería individual y de pareja durante el periodo prenatal, posparto, poscesárea, postaborto y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional.

5.5 Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos

5.5.1 Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

- Temporales

- a) Hormonales orales.
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonales subdérmicos.
- d) Dispositivo intrauterino.
- e) De barrera y espermicidas.
- f) Naturales o de abstinencia periódica.

- Permanentes

- a) Oclusión tubaria bilateral.
- b) Vasectomía.

5.5.2 Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se deben efectuar:

- Interrogatorio.

- Examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como de los requerimientos de los métodos anticonceptivos.

5.5.3 Cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deben preferir métodos anticonceptivos no hormonales, o bien, utilizar únicamente los que contienen sólo progestina.

5.5.4 Cuando, además de la prevención de embarazos no deseados, se desee evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA, deberá usarse el condón o preservativo, solo o en asociación con otro método, ya que es el único método que contribuye a evitar dichas enfermedades.

5.6 Identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad

Para propósitos de esta Norma:

5.6.1 Definición de esterilidad

Por esterilidad debe entenderse la incapacidad que presente un individuo, hombre o mujer o ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

5.6.2 Definición de infertilidad

Por infertilidad debe entenderse la incapacidad de la pareja o del individuo (mujer) para poder llevar a término la gestación con un producto vivo, después de dos años de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

6. Métodos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

6.1 Métodos hormonales orales

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina, y Los que contienen sólo progestina.

6.1.1 Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 µg) o mestranol (50 - 100 µg). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 µg de etinil estradiol o de 50 µg de mestranol.

Además del estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona: noretisterona (400 µg-1mg), norgestrel (300-500 µg), levonorgestrel (50-250 µg), gestodeno (75 µg), norgestimato (250 µg) y desogestrel (150 µg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

6.1.2 Hormonales orales que sólo contienen progestina

6.1.2.1 Formulación

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg y levonorgestrel 35 µg (no contienen estrógenos).

6.1.2.2 Presentación

- Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.

6.1.2.3 Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%.

6.2.1.13 Seguimiento de la usuaria

Se debe efectuar mediante una visita inicial a los 30 días y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.

En cada visita se reforzará la consejería, se valorará la satisfacción con el método, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar varias ampollas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampollas que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

6.2.2.4 Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- Mujeres en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.
- En el post aborto.

6.2.2.13 Seguimiento de la usuaria

- Se debe efectuar mediante una visita inicial y posteriormente cada año, o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.
- En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar varias ampolletas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampolletas que se proporcione puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

6.3 Método hormonal subdérmico

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno).

6.3.4 Indicaciones

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el posparto o poscesárea, con o sin lactancia.
- En el post aborto inmediato.

6.3.13 Seguimiento de la usuaria.

La primera visita debe efectuarse dentro del primer mes a partir de la inserción y después cada año, hasta completar los cinco años de efectividad del implante para su sustitución o cambio de método según el deseo de la usuaria. Siempre que sea posible, a intervalos anuales, debe tomarse muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Debe instruirse a la usuaria para que en caso de dudas o problemas relacionados al método, acuda a consulta en cualquier momento.

6.4 Dispositivo intrauterino

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal.

6.4.1 Descripción

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción.

6.4.4 Indicaciones

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia.
- En el postaborto.

6.4.8.1.4 Postaborto

La inserción del DIU en postaborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración endouterina, debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación descrita para el intervalo intergenésico.

Para los abortos de más de 12 semanas, resueltos mediante legrado instrumental, se usará la técnica con pinza. Si se hubieren resuelto por legrado digital, la inserción puede hacerse con técnica manual o con pinza, según fue descrito.

6.4.12 Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes deben programarse, la primera entre la cuarta y la sexta semanas posteriores a la inserción. Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix, en caso necesario. La segunda revisión se debe efectuar a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año contado a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario. En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infecciones cérvico-vaginales. En caso de embarazo, si los hilos son visibles, se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles no se debe intentar el retiro del dispositivo.

Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

6.5 Oclusión tubaria bilateral

6.5.1 Descripción

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización.

6.5.11 Seguimiento de la usuaria

- Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar durante la primera semana posquirugía, para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir a la paciente para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- Sintomatología urinaria.
- Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
- Hemorragia en la herida quirúrgica.
- Fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuará toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

6.6. Vasectomía

6.6.1 Descripción

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

6.6.3 Indicaciones

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Fecundidad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental.

6.6.6 Forma de aplicación

6.6.6.1 Tipos de técnica quirúrgica

Hay dos tipos de procedimiento: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí).

6.6.6.1.1 Técnica tradicional, con bisturí

Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

6.6.6.1.2 Técnica de Li, sin bisturí

Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal.

En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

6.6.11 Seguimiento del usuario

- Las revisiones subsecuentes deben programarse: la visita inicial se efectuará durante la primera semana poscirugía. Las siguientes se deben efectuar anualmente durante los primeros dos años o antes, si el usuario lo considera necesario.

- Se debe efectuar conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico. En caso de ser positivo el conteo repetir al mes, si persiste positivo revalorar el caso. Durante este lapso se debe recomendar a la pareja el uso de otro método anticonceptivo que garantice efectividad.

6.7 Métodos de barrera y espermicidas

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

6.7.1 Métodos de barrera

6.7.1.1 Descripción

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas.

6.7.1.1.1 Para el hombre

Condón o preservativo: es una bolsa de plástico (látex) que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

6.7.1.1.1.9 Seguimiento del usuario

Las visitas de seguimiento se deben efectuar de acuerdo a las necesidades del usuario, si procede, para proveer condones, para reforzar las instrucciones de uso y la consejería.

6.7.2 Espermicidas

6.7.2.1 Descripción

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

6.7.2.11 Seguimiento de la usuaria

Las visitas de seguimiento serán para reforzar las instrucciones de uso, así como para consejería de métodos más efectivos.

6.8. Métodos naturales o de abstinencia periódica

6.8.1 Descripción

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil.

Los métodos naturales más utilizados son:

- Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.
- Método de la temperatura.
- Método del moco cervical o de Billings.
- Método sintotérmico.

6.8.6 Forma de uso de los métodos naturales

La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad de los métodos depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses). Requiere de la abstinencia periódica entre 35 al 50% del ciclo. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

6.8.6.1 Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

6.8.6.2 Método de la temperatura

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

6.8.6.3 Método del moco cervical o de Billings

Para practicar este método, la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante (es decir, que se estira o elonga como clara de huevo). La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una X y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del día cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

Cuando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:

- Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide.
- Los días de menstruación, y al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

6.8.6.4 Método sintotérmico

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero algunas mujeres tal vez no puedan interpretarlos, incluso cuando no existan condiciones anormales.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un periodo largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo.

6.8.7 Lineamientos generales para la prescripción

Se debe cumplir con los siguientes procedimientos:

- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicio y la pareja usuaria.
- Proporcionar una adecuada información para la cabal comprensión del método.
- La pareja usuaria debe aceptar el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos de fertilidad en el ciclo menstrual determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método.

6.8.11 Seguimiento de la usuaria

Las visitas de seguimiento serán para evaluación del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993 ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

con fundamento en los artículos 45, 46 fracción II, 38 fracción II y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3o. fracciones I a V, 13 A) fracción I, 27, 34, 61, 62, 64 y 65 de la Ley General de Salud, 1o. y 7o. fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 11 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

0. Introducción

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.

1. Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

2. Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

3. Referencias

Asimismo deben consultarse la Norma Oficial Mexicana "NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", así como la Norma Oficial Mexicana "NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar".

4. Definiciones y terminología

Para los fines de esta Norma son aplicables las definiciones siguientes:

4.1 edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

4.3 embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

4.4 emergencia obstétrica: Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

4.5 muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

4.6 aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

4.7 parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

El parto en función de la edad gestacional del producto se clasifica en:

4.8 parto pretérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.8.1 parto con producto inmaduro: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

4.8.2 parto con producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.9 parto con producto a término: Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

4.10 parto con producto a posttérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

4.11 puerperio normal: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

4.12 nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

4.13 recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

4.15 mortinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.16 de acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.16.1 recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;

4.16.2 recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

4.16.3 recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos;

4.16.4 recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más;

4.16.5 recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación;

4.16.6 recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional;

4.17 de acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.17.1 de bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.2 de peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.3 de peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.18 lactancia materna: La alimentación del niño con leche de la madre.

4.19 lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

4.20 lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento protéico lácteo.

4.21 sucedáneo de la leche materna: Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

4.22 alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

4.23 hipotiroidismo congénito: Enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroides con disminución permanente en su función, y menos frecuente por disminución transitoria en su funcionamiento.

4.24 calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).

4.25 calidez en la atención: El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

4.26 oportunidad en la atención: Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

5. Especificaciones

5.1 Disposiciones generales

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

- Partos atendidos según edad gestacional:

- Pretérmino:

- inmaduro de 21 - 27 semanas

- prematuro de 28 - 37 semanas

- Término:

- maduro de 37 - 41 semanas

- Postérmino:

- posmaduro de 42 o más semanas

- Partos atendidos según características de normalidad:

- eutócicos

- distócicos

- Partos distócicos según vía de resolución:

- vaginal

- abdominal

- Abortos atendidos

- Nacidos vivos según peso al nacer en gramos, considerando los siguientes grupos:

- 500 a 999 gramos

- 1000 a 2499 gramos
- 2500 a 3499 gramos
- 3500 o más gramos
- Muertes fetales según edad gestacional de acuerdo a los siguientes grupos:
 - Pretérmino:
 - inmaduro de 21 - 27 semanas
 - prematuro de 28 - 37 semanas
 - Término:
 - maduro de 37 - 41 semanas
 - Postérmino:
 - posmaduro de 42 o más semanas
- Muertes maternas
- Muertes de recién nacidos.

5.11.3 Para cada nacido vivo debe llenarse un Certificado de Nacimiento en original y cuatro copias, cuya distribución gratuita estará a cargo de la Secretaría de Salud.

5.11.4 El certificado debe ser llenado por el médico o la persona que atienda el parto y el recién nacido, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido. En caso de que ninguna persona asistiera a la madre en el parto, el certificado puede ser llenado por personal auxiliar de salud de la propia comunidad o bien los familiares deben notificar al personal de salud de la unidad más cercana para que efectúe el registro.

5.11.5 Para cada muerte materna o infantil, debe efectuarse el llenado del Certificado de Defunción inmediatamente después de la ocurrencia del hecho, observando lo señalado por las disposiciones técnicas sobre el manejo del Certificado de Defunción. Asimismo, en caso de muerte fetal se debe llenar el certificado correspondiente de acuerdo a las disposiciones técnicas antes mencionadas.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 fracciones VI, VII y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracciones I, II, III, VII, IX, XV, XVI, XVII y XXII; 13 apartado A, fracciones I y IX, 27 fracciones II, III, V, 32, 33, 45, 47 último párrafo, 48 y 51 de la Ley General de Salud; 1o., 2o. fracción II inciso c), 38 fracción II, 40, fracciones III, XI y XIII, 41, 44, 46 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 10 y 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 23 fracciones II y III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

0. Introducción

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

2. Campo de aplicación

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de la presente Norma es necesario consultar las siguientes:

3.1. NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3.2. NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación Familiar.

3.3. NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.

3.4. NOM-007-SSA2-1993, Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

3.5. NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

3.6. NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de Enfermedades Bucales.

3.7. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del Cáncer del Útero y de la Mama en la Atención Primaria.

3.8. NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.

3.9. NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.

3.10. NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas.

3.11. NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

4. Definiciones

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

4.1. Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

4.2. Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

4.4. Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

4.5. Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

4.6. Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

4.7. Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.

4.9. Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

4.10. Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

4.11. Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

5. Generalidades

5.1. Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

5.2. Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

5.2.1. Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;

5.2.2. En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;

5.2.3. Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y

5.2.4. Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

5.3. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

5.4. El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

5.5. Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

5.6. En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico.

5.7. Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

5.16. Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.

9. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar

9.1. Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

9.1.1. Habitus exterior;

9.1.2. Gráfica de signos vitales;

9.1.3. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía;

9.1.4. Procedimientos realizados; y

9.1.5. Observaciones.

9.2. De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

9.2.1. Fecha y hora del estudio;

9.2.2. Identificación del solicitante;

9.2.3. Estudio solicitado;

9.2.4. Problema clínico en estudio;

9.2.5. Resultados del estudio;

9.2.6. Incidentes si los hubo;

9.2.7. Identificación del personal que realiza el estudio; y

9.2.8. Nombre completo y firma del personal que informa.

10. Otros documentos

10.1. Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

10.1.1. Cartas de Consentimiento bajo información.

10.1.1.1. Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1.1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

10.1.1.1.2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

10.1.1.1.3. Título del documento;

10.1.1.1.4. Lugar y fecha en que se emite;

10.1.1.1.5. Acto autorizado;

10.1.1.1.6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

10.1.1.1.7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

10.1.1.1.8. Nombre completo y firma de los testigos.

10.1.1.2. Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

10.1.1.2.1. Ingreso hospitalario;

10.1.1.2.2. Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.1.2.3. Procedimientos que requieren anestesia general;

10.1.1.2.4. Salpingoclasia y vasectomía;

10.1.1.2.5. Trasplantes;

10.1.1.2.6. Investigación clínica en seres humanos;

10.1.1.2.7. De necropsia hospitalaria;

10.1.1.2.8. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

10.1.1.2.9. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.1.3. El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

10.1.5. Notas de defunción y de muerte fetal.

Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, al artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y al Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de certificado de defunción y muerte fetal.

De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos, una copia en el expediente clínico.

10.2. Los documentos normados en el presente apartado deberán contener:

10.2.1. El nombre completo y firma de quien los elabora;

10.2.2. Un encabezado con fecha y hora.

6. PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST INTERRUPTON LEGAL DEL EMBARAZO

6.1 CUIDADO

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar).

Cuidar es una serie de actos que tienen como objetivo el mantenimiento de la vida de los seres vivos para permitir su reproducción y perpetuación de la vida de grupo.

La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

6.2 TIPO DE CUIDADOS (CARE Y CURE)

CARE: son los cuidados de costumbres habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida proporcionándole energía, en forma de alimentos o de agua, calor o luz o naturaleza afectiva o psicosocial.⁷

CURE: son cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado con un estilo de vida propio determinado por un grupo y su cultura. Ambos cuidados se deben de mantener en equilibrio ya que por proporcionar cuidados CARE se deja a un lado los cuidados CURE y se descuida la efectividad y espiritualidad del paciente.⁸

⁷<http://www.cuidadoenfermero.com>

⁸ <http://prezi.com/c2y19iy8nuci/el-cuidado>

6.3 LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La historia de la enfermería no es una visión retrospectiva, por el contrario debe mostrar las situaciones que alteran la idea lineal, y como la lucha por la verdad consiste en la búsqueda de estímulos para la razón espiritual de hombres y mujeres olvidados.

ETAPAS DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA:

ETAPA DOMESTICA: Concepto de ayuda hacia los demás desde el inicio de la civilización, medidas que favorecen el bienestar, se dan en forma intuitiva, la función de cuidar recae en las mujeres, a ellas se les encomienda el cuidado de la salud.

Prehistoria: Buscar el origen de los cuidados lleva a situarse en el periodo más prolongado de la historia de la humanidad y conocer como Vivian los primeros hombres que poblaron la tierra. La prehistoria es el periodo que abarca desde la aparición del hombre hasta el inicio de escritura y se divide en varios periodos: paleolítico, donde se dedicaban principalmente a la caza y Vivian agrupados como mecanismo de defensa ante las adversidades del medio; El mesolítico , donde se produce una transición de hombre nómada cazador esencialmente a una organización social que conoce la agricultura y la cerámica y que vive sedentariamente en un lugar fijo y el neolítico, que se caracteriza por el paso hacia una comunidad productora (periodo también denominado Revolución neolítica).



ETAPA VOCACIONAL: El nacimiento de Jesús en Judea, en Roma, bajo el gobierno de Cesar, se establece la profesión de enfermería, sustenta su ministerio de caridad, apostolado, vocación de servicio y amor al prójimo; se considera a la enfermería como una obra divina. La mujer cuidadora no podía tomar decisiones y dependía de las ordenes del sacerdote y médico, las primeras cuidadoras eran mujeres de buena cuna y posición social, vírgenes, monjas (Marcela, Fabiola y Paula). Con la caída de Roma y Constantinopla surge la etapa del estancamiento cultural y técnico. En el siglo IX se ordeno la importancia del uniforme. En la época de Martin Lutero (protestante), el cuidado de los enfermos pasa a manos de personas de extracto social bajo.



ETAPA TÉCNICA DE LOS CUIDADOS: En el siglo XIX y XX con la revolución industrial el concepto salud enfermedad recupera terreno y pierde contacto religioso, surge la enfermera abnegada, especializada y hubo cierta dependencia del médico, los hospitales religiosos se hacen civiles.



ETAPADE LAS ENFERMERAS PROFESIONALES: Las enfermeras profesionales percibieron por parte del poder civil, las religiosas servían con el único fin de caridad; Con el surgimiento de Florencia Naightingale en el siglo XIX funda el Colegio Internacional de la enfermería; En el siglo XX se inicia la profesionalización.

La enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población. Es necesario destacar el impulso de las asociaciones profesionales, por su contribución al cambio que se está experimentando. El trabajo más significativo por su influencia en otros grupos ha sido el de la Asociación Americana de Enfermería (ANA).



PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO: Surgieron enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que se destaca Ida Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional.



ORGANIZACIONES PROFESIONALES

Estas organizaciones tienen como objetivo cooperar para mantener la calidad de la educación y del servicio en su más alto nivel. La asociación más importante es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), fundado al finalizar el siglo XIX. Este consejo, fue la primera asociación que se interesó por los aspectos éticos y jurídicos de la profesión.

Los Estados Unidos de América fueron los primeros en integrar los programas de enfermería en la universidad a finales del siglo XIX (1889-1900). Gran Bretaña lo hizo en 1955. En España en el año 1977.

Campo de actuación de la enfermera profesional

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermería como una profesión auxiliar de la medicina ha ido cambiando, sobre todo a partir de los años sesenta del siglo XX, imponiéndose una redefinición de las actividades.

Actividad profesional

Dicha actividad de las enfermeras está relacionada con el contexto donde se desarrolla el trabajo profesional. Entonces, las actividades que las enfermeras pueden llevar a cabo pueden ser de tipo asistencial, docente, de administración y de investigación.



6.4 FILOSOFÍA ACERCA DE LOS CUIDADOS DE MATERNIDAD

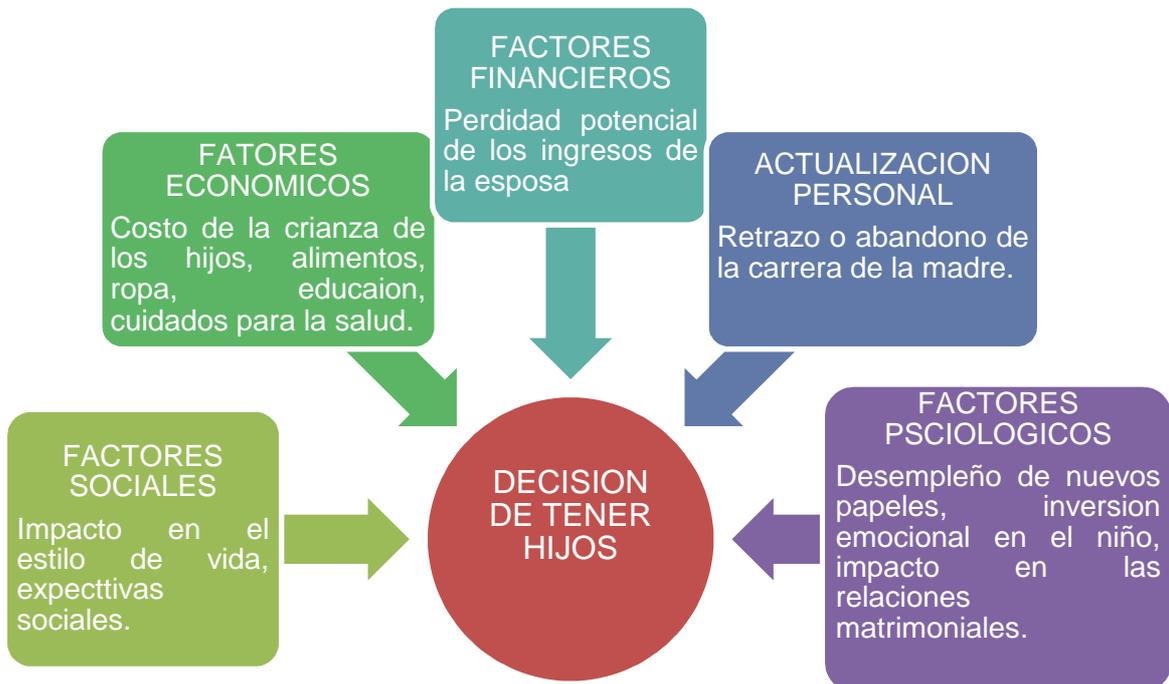
Los cuidados para la salud no se suministran en el vacío; se ubican dentro de un contexto social más amplio y reciben influencias importantes de los conceptos actuales y los cambios que manifiestan la sociedad que los requiere. La filosofía de los cuidados evolucionan a partir de estos conceptos y cambia.

Se cree que los cuidados de maternidad constituyen una filosofía de cuidados para las pacientes y no un área especializada de servicios médicos o enfermería. Se considera que tener hijos es un negocio de familia. Por tanto, los cuidados médicos y de enfermería para las pacientes de maternidad constituyen una actividad centrada en la familia.

Casi en ningún otro proceso fisiológico normal se encuentran extremos individuales tan diferentes de reacciones dentro del contexto normal. Tanto para la mujer como para su compañero, estas reacciones pueden basarse en acontecimientos que van desde la niñez o surgieron en la adolescencia o en la etapa adulta.

El nivel de satisfacción de los padres que esperan tener un hijo y el nivel de felicidad entre la madre que acaba de dar a luz y el lactante se modifica por las relaciones interpersonales con los seres más significativos para ellos en el medio de cuidados para la salud. El concepto de equipo incluye interrelaciones de cooperación entre hospitales, profesionales al cuidado de la salud y la comunidad, en un sistema organizado de cuidados para cubrir todo el campo de maternidad y del recién nacido en una región geográfica determinada.





Factores determinantes para la decisión de tener hijos

CUIDADOS DE LA PACIENTE QUE ABORTA

La enfermera suele ser el profesional más importante para proporcionar orientación a las pacientes que planean un aborto. La necesidad de sopesar las alternativas y tomar decisiones responsables de un embarazo indeseable puede hacerse aparente en la clínica prenatal o de planeación familiar o en otros medios para el cuidado de la salud. Como arte de la educación de la paciente y para darle apoyo, la enfermera puede ofrecerle una explicación inicial y ayudar para resolver el problema a las mujeres o parejas que afrontan un embarazo no deseado.

Valoración de enfermería

La valoración de enfermería de la mujer o pareja que desea terminar el embarazo incluye datos psicológicos. La enfermera con frecuencia encuentra a la paciente en una de las primeras etapas de la toma de decisión y puede darle ayuda valiosa al proporcionarle alternativas y ayudarla a tomar una decisión con la cual se sienta cómoda.

FACTORES PSICOLOGICOS EN EL ABORTO

¿Por qué se interrumpe el embarazo?

- Estado civil
- Calidad de la relación hombre-mujer
- Razonamiento de que los motivos para embarazarse no fueron adecuados
- Mala salud física (riesgo para la vida)
- Mala salud mental (requiere de muchas energías y la mujer no puede afrontarlo)
- Objetivos educativos o de tipo profesional
- La concepción se efectúa muy pronto en el matrimonio
- La concepción se efectúa muy pronto después de tener algún otro hijo
- Incapacidad emocional para afrontar el papel de madre o padre
- Incapacidad financiera para afrontar el papel de madre o padre
- Defectos genéticos hereditarios
- Posibles malformaciones fetales
- Posibles reacciones de compañeros, familia, comunidad

Diagnostico de enfermería

Se basa principalmente en los datos psicosociales que se obtienen durante la valoración. La intervención de la enfermera se refiere a proporcionar cuidados a la paciente y a la familia con deficiencia de conocimientos que se relaciona con el cuidado personal, hemorragia o calambres, signos y síntomas de complicaciones, actividad sexual, anticonceptivos y recursos de la comunidad.

La adaptación ineficaz y la alteración de los procesos familiares son otros diagnósticos potenciales para este caso. la adaptación ineficaz puede ser en relación con la depresión o sentimientos de futilidad, tristeza, preocupación y temor.

Estos suelen ser por conflictos morales o éticos, concepto personal negativo, desaprobación de otras personas, resolución inadecuada de problemas, sistemas de apoyo deficientes o reacción de pérdida y dolor con respecto al embarazo. Fatiga, perturbación del sueño, falta de apetito y episodios de llanto, en ocasiones acompañan a la depresión y adaptación ineficaz. Pueden producirse problemas familiares por la tensión del embarazo que no se desea, porque en el sistema familiar no hay comunicación abierta y eficaz o no se produce una adaptación constructiva.

Algunas mujeres experimentan inquietudes espirituales ya que sus convicciones religiosas o éticas se oponen al aborto. Experimentan conflicto entre las creencias religiosas y espirituales y otros valores o necesidades de tipo práctico, económico, eugenésico tienen riesgo de sufrir lesiones por hemorragia y retención de productos.

Historia y examen pre abortivos

Anamnesis

- Antecedentes patológicos (principalmente enfermedades, intervenciones quirúrgicas, hospitalización)
- Antecedentes familiares (afecciones familiares y hereditarias, factores de riesgo)

Estado de salud actual:

- Antecedentes menstruales recientes
- Historia de embarazos anteriores
- Procedimientos quirúrgicos, complicaciones, resultados
- Antecedentes del uso de anticonceptivos, planes para el uso futuro de los mismos
- Fármacos que usan en la actualidad, con y sin receta
- Abuso de sustancia (alcohol, tabaco, fármacos ilícitos)
- Alergias a anestesia local, analgésicos, antibióticos y otros fármacos
- Enfermedades agudas actuales o de tipo crónico (que requieren evaluación ms amplia)
- Preocupaciones psicológicas y sociales
- Factores que afectan la toma de decisiones

Examen

- Signos vitales
- Cardiacos, circulatorios y pulmones
- Senos
- Abdomen
- Examen pélvico: vulva, introito, vagina, cérvix y útero.
- Estimación de la etapa de gestación por el tamaño del útero
- Posición del útero (ante versión, retroversión)
- Presencia de estructuras físicas que puedan interferís con el procedimiento abortivo (fibrinoides uterinos, masa anexas)

Pruebas de diagnóstico

- Pruebas de embarazo (orina o suero)
- Hemoglobina o hematocrito
- Determinación del Rh (las mujeres con Rh negativo deben recibir globulina Rh inmune)
- Análisis de enfermedades de transmisión sexual en su caso (cultivo de gonorrea, VDRL, y cultivo de clamidias, frotis húmedo, análisis de HIV y HBV)
- Evaluación del útero por ultrasonido (valoración de la gestación, embarazo ectópico, constitución pélvica, posición fetal)

Planeación e intervención de enfermería

La intervención de enfermería abarca en general áreas como ayudar a la paciente a considerar todas las posibilidades, comprender los requisitos para los diversos procedimientos abortivos, examinar el grado de apoyo y los recursos con los que cuenta, comprender sus reacciones y expresar sus necesidades emocionales, localizar o aprovechar las instalaciones o métodos financieros y proporcionar educación del procedimiento del aborto y los métodos anticonceptivos.

Diagnósticos de enfermería aplicables a la terminación del embarazo

- Deficiencia de conocimientos
- Opciones que existen en caso de un embarazo que no se desea
- Procedimientos y requisitos en relación con la gestación
- Riesgo y peligro de los procedimientos abortivos
- Experiencia si se hubiese hecho un aborto
- Experiencia después del aborto
- Cuidados personales después del aborto
- Inadaptación
- Depresión, dolor, tristeza, preocupación, temor
- Sentimiento de fracaso
- Conflicto moral o ético
- Conflicto personal negativo
- Desaprobación de otras personas
- Resolución inadecuada de problemas

- Sistemas de apoyo inadecuados
- Alteración de los procesos familiares
- Tensión por el embarazo que no se desea
- Comunicación ineficaz
- Adaptación y toma de decisiones
- Perturbación del concepto de decisiones
- Perturbación del concepto personal
- Ambivalencia con respecto a la determinación del embarazo
- Sentimientos negativos sobre si mismo
- Sensación de ser incapaz de afrontar los eventos
- Conflicto de decisiones
- Ambivalencia con respecto a terminar el embarazo
- Conflicto de valores y creencias
- Pareja con deseos conflictivos
- Confusión acerca de elecciones y procedimientos
- Vacilación y retraso en la toma de decisiones
- Angustia espiritual
- Conflicto entre las creencias religiosas y espirituales y la necesidad de terminar el embarazo
- Preguntas y dudas acerca de creencias religiosas y espirituales
- Confusión acerca de lo que es correcto o aceptable
- Alteración de la comodidad
- Dolor agudo en relación con el procedimiento abortivo
- Anticipación del procedimiento doloroso
- Infección o lesión potencial
- Introducción de organismos patógenos durante el procedimiento
- Introducción de organismos patógenos porque no se toman precauciones post aborto
- Aumento de la susceptibilidad después del aborto
- Riesgo de hemorragia o productos retenidos

EDUCACION ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS Y EXPERIENCIAS

La enfermera es proporcionar información de requisitos de los diversos tipos de procedimientos abortivos y lo que las mujeres experimentan al someterse a ellos. El tipo de procedimiento depende de la duración de la gesta y las experiencias del médico y también de la evaluación médica con respecto a si la paciente es candidata al procedimiento.



Diagrama de toma de decisiones para la mujer embarazada

La enfermera utiliza los datos de los procedimientos y la experiencia de la paciente para planear la educación necesaria y ayudarla a elegir el método propio para ella. Al reconocer los factores que aumentan el riesgo, tanto fisiológico como psicológico, la enfermera puede planear las intervenciones al tomarlos en cuenta.

CUIDADOS DE APOYO

Uno de los principales objetivos de la intervención de enfermería para la mujer o pareja que desea terminar el embarazo es proporcionar apoyo emocional. La intervenciones de enfermería incluye ayudar a la paciente e identificar y expresar sus sentimientos con apoyo a la autoevaluación positiva y los comportamientos de adaptación; movilizar los sistemas de apoyo, ayudar a quela paciente aprenda nuevas técnicas de adaptación, explorar los conflictos de valores y aplicar las técnicas para la aclaración de estos.

La enfermera puede enseñar técnicas constructivas para resolver problemas y ayudar a la paciente a desarrollar una estrategia en la que utilice su fuerza personal y sus experiencias previas.

La parte fundamental de las intervenciones de enfermería es la discusión de alternativas para ayudar a que la paciente tome una decisión tras proporcionarle los conocimientos necesarios.

Cuando los procesos familiares se alteran la enfermera ayuda a la familia para que valore la situación, identifique las alternativas y sus consecuencias y encuentre fuentes de asistencia adicional, social o profesional.

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

La enfermera educa a la paciente con el fin de que reconozca y prevenga los problemas en la etapa posterior al aborto. Las complicaciones más frecuentes incluyen infección, retención de los productos de la concepción coágulos de sangre intrauterinos, continuación del embarazo, traumatismo cervical o uterino y hemorragia. La infección es el problema más común y la enfermera enseña a la mujer a identificar sus signos y reportarlos al profesional del cuidado de la salud o a la clínica. También debe enseñar a la paciente como evitar las infecciones posteriores al aborto.

La mujer recibe instrucción psicológica y emocional de lo que puede esperar, después del aborto. Así se le ayuda a reconocer las situaciones normales y saber cuándo debe solicitar ayuda para posibles complicaciones normales y saber cuándo debe solicitar ayuda para posibles complicaciones en caso de que se presente hemorragia, calambres, coaguloso que el embarazo continúe. Se discuten las respuestas emocionales y se definen los parámetros para los sentimientos normales después del aborto.

CUIDADOS DE SEGUIMIENTO

Lo normal es que la paciente regrese a la clínica en dos semanas, para que se le receten anticonceptivos si no comenzó a usarlos. Se puede discutir su ajuste a la terminación del embarazo como también las reacciones de su compañero o de la familia y proporcionarle las referencias sociales, psicológicas o económicas necesarias.

Cerca de dos semanas después del aborto el tamaño del útero debe ser normal y cesar la hemorragia.

Evaluación

El cuidado que se proporciona a la paciente tiene éxito cuando puede tomar una decisión (ya sea interrumpir el embarazo o continuar con el), se siente cómoda con la misma y la lleva a cabo de manera aceptable.

Se adaptó bien cuando expresa sus respuestas emocionales de manera abierta e intenta resolver sus conflictos y problemas.

Los cuidados eficaces también ayudan a que la paciente regrese a la visita de seguimiento y empiece a emplear un método anticonceptivo correcto para evitar otros embarazos no deseables.

Si la mujer continúa con incomodidad emocional, se evalúan los cuidados para determinar si inicia la orientación psicológica para sí misma o para su familia, según se requiera.

SECUELAS A LARGO PLAZO DEL ABORTO

Los datos de complicaciones fisiológicas a largo plazo y el aborto legal indican que los métodos más comunes no plantean riesgos graves. Los problemas psicológicos después del aborto inducido son poco frecuentes. La angustia y la depresión se presentan con más frecuencia antes del aborto que después de él.

EDUCACIÓN DE LA PACIENTE ACERCA DE LOS SIGNOS DE ALARMA POST INTERRUPTOR LEGAL DEL EMBARAZO

Prevención de infecciones después del aborto

Los buenos cuidados después del aborto suelen producir gran diferencia en la manera en que se siente la persona. Las siguientes sugerencias favorecen la buena salud y ayudan a evitar infecciones.

- Notificar si la temperatura es mayor a 39° C
- Evitar la inserción de objetos en la vagina
- No usar tampones hasta tener el primer periodo normal. Usar solo toallas sanitarias.
- Tampoco es conveniente nadar cuando menos durante dos semanas
- No tener relaciones sexuales vaginales ni sexo oral-vaginal por lo menos durante dos semanas. Se pueden emplear otras formas de expresión sexual.

- Comer alimentos saludables. Verduras, proteínas y granos enteros, que ayudan a una pronta recuperación.
- Dormir y descansar lo suficiente. Esto permite que el cuerpo use su energía para la curación. Evitar estar bajo presión durante algunas semanas.
- Hacer ejercicio moderado. Si los ejercicios usuales ocasionan hemorragia, dejar de hacerlos durante una semana.

Hemorragia

- Una hemorragia similar a la del periodo menstrual, que dura cerca de una semana, suele ser el patrón más normal tras el aborto. La hemorragia excesiva se detecta por cambiarse varias veces la toalla sanitaria en lapsos de dos a tres horas, por tener flujo muy abundante durante más de dos días o hemorragia que duran más de dos semanas.

Calambres

- Con frecuencia se producen calambres durante algunos días después del aborto. Para aliviar los síntomas puede usarse aspirina o Acetaminofeno y aplicar calor en el abdomen.

Coágulos

- Los coágulos sanguíneos pueden o no ser expulsados después del aborto. Suelen ser color rojo oscuro o cafés. Cuando el útero intenta expulsar coágulos, se producen calambres. En ocasiones ayuda el dar masaje al abdomen. Los calambres suelen desaparecer cuando se expulsan los coágulos. Los calambres persistentes y graves y los coágulos de color blanco grisáceo indican complicaciones.

Menstruación

- El siguiente periodo menstrual normal se inicia en cuatro a seis semanas, aunque algunas mujeres tienen el periodo a las dos semanas. Si comienzan a tomar pastillas anticonceptivas inmediatamente después del aborto, el siguiente periodo debe producirse de dos a tres días después de tomar la última píldora activa del paquete. Si la menstruación no se presenta a las ocho semanas se requiere evaluación médica.

Dolor en los senos

- Algunas mujeres experimentan dolor en los senos durante algunos días después del aborto; la leche se expulsa desde el segundo al cuarto día y esta molestia cesa en pocos días.

Anticonceptivos

- Como puede producirse un embarazo antes del siguiente periodo, es necesario decidir qué métodos se va a usar para el control de la natalidad y emplearlo tan pronto se reanuden las relaciones sexuales. Si no se ha elegido algún método, es necesario insistir en que el compañero use un condón, espuma o ambos. Es más eficaz emplear ambos métodos.

Medicamentos

- Si el médico ha prescrito medicamentos, asegurarse de tomarlos siguiendo las indicaciones. Si se produce erupción o urticaria, comunicarse a la clínica de inmediato.

Sentimientos

- Muchas mujeres experimentan fuertes sentimientos después del aborto. En ocasiones experimentan alivio considerable y júbilo por haber tomado una decisión difícil y haber llegado a una solución personal; en otros casos se experimenta tristeza y sensación de pérdida. Esto es normal y tal vez la paciente desee hablar con alguien cercano sobre sus sentimientos. En ocasiones se presentan sentimientos que parecen estar fuera de control, como la depresión o la ira al discutir estos sentimientos con amigos o ver a un consejero se obtendrá el apoyo necesario.

6.5 PERFIL DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

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

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

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

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

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

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad.

6.6 PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE LA PRÁCTICA DE LA INTERRUPTIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

El aborto constituye un grave dilema ético para los profesionales de enfermería en el ejercicio de sus funciones. Es indispensable que el profesional actúe de acuerdo con sus valores éticos fundamentales y manteniendo siempre el respeto por la libre decisión de la persona.

El profesional debe conocer y analizar su postura frente a la interrupción voluntaria del embarazo, para así decidir si participa en ella o no. En caso de hacerlo, debe estar capacitado para atender y cuidar a la mujer que ha decidido abortar.

Si los valores del profesional están en desacuerdo con la práctica del aborto este puede acogerse a la objeción de conciencia, esto viene recogido en el Código Deontológico de Enfermería en el artículo 22 del capítulo III y el cual dice así:

"De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitada ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún profesional pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho".

En mayo de 1972 la Asociación de Enfermeras del Colegio Norteamericano de Obstetras y Ginecólogos dio a conocer los lineamientos acerca del aborto para todos los asociados.

Que incluyen generalmente aspectos como:

- 1- Las enfermeras tienen la necesidad de atender profesionalmente a sus pacientes por causas de aborto.
- 2- Las enfermeras tienen el derecho de rehusar a participar en procedimientos de aborto, si esto sirve para mantener sus creencias morales y éticas, excepto en los casos de urgencias en los que la vida de la paciente está en grave riesgo.
- 3- Las enfermeras tienen derecho que sus autoridades les expliquen las políticas de la institución donde trabajan y que se aplican en casos de aborto.

6.7 PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD

El ser humano es el objetivo central de la Enfermería, el propósito de la especialidad es suministrar cuidados al individuo que carece de la fuerza, de la voluntad o de los conocimientos necesarios para atender a sus propias necesidades en materia de salud.

El trabajo de las enfermeras y enfermeros en cualquier nivel de atención constituye un eslabón fundamental para lograr el cuidado y la recuperación del paciente o la conservación de la salud de la persona supuestamente sana. Ampliando el nivel de conocimientos de los profesionales de Enfermería sobre esta materia de manera tal que permita promover conductas saludables a nivel grupal, institucional y comunitaria en la población.

La finalidad de la Educación para la Salud es: “fomentar actividades que inciten a la gente a querer estar sana, así como brindar métodos de prevención y saber cómo permanecer sanos, a hacer lo que puedan individual y colectivamente para conservar su salud y buscar ayuda cuando la necesiten”.

El rol que debe desempeñar la enfermería en la educación para la salud es aquel que implica el desarrollo de todas sus funciones, asistencial, de gestión, de docencia y la de investigación.

La consulta programada nos permite a su vez la puesta en marcha de los programas de salud. Para desempeñar este rol que intentamos definir y encuadrarlo en el ámbito de la Educación para la Salud, respecto a nuestra función debe estar encaminada a facilitar, ayudar, apoyar, motivar y orientar.

Nuestra actitud debe caracterizarse por favorecer la creación de climas tolerantes de entendimiento que favorezcan la comunicación. Esta es quizás la clave que nos permita desarrollar la Educación para la Salud en todas sus vertientes ejerciendo el papel que nos corresponde y que por otra parte se espera de nosotros.

Hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Mantener un comportamiento natural.
- Utilizar un lenguaje positivo.
- Ser positivo en nuestras valoraciones.
- Aceptar a las personas y sus situaciones.
- Evitar los juicios previos y las suposiciones.
- Dar a entender nuestro deseo de ayuda.
- Mostrar interés, proximidad y cercanía.
- Fomentar el diálogo entre iguales.
- Profundizar en la investigación de los problemas y sus causas.
- Intentar buscar soluciones conjuntas.
- Ser coherentes entre lo que pensamos, sentimos y expresamos.
- Controlar los sentimientos y las emociones.
- Estar dispuestos a saber escuchar.
- Prestar atención al lenguaje no verbal.
- Facilitar la toma de decisiones propias.

7. PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)	
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1 Ningún conocimiento, 2 Conocimiento escaso, 3 Conocimiento moderado, 4 Conocimiento sustancial, 5 Conocimiento extenso.	
	RESULTADO	INDICADORES
<p>DOMINIO: 5 Percepción/ cognición</p> <p>CLASE: 4 cognición</p> <p>CODIGO: 00161</p> <p>Disposición para mejorar los conocimientos m/p explicar su conocimiento y expresar interés en el aprendizaje.</p>	<p>DOMINIO:</p> <p>IV. Conocimiento y conducta de salud</p> <p>CLASE:</p> <p>S. Conocimientos sobre salud</p> <p>RESULTADO:</p> <p>1821 Conocimiento prevención del embarazo</p>	<p>182108 Métodos de abstinencia periódica</p> <p>182109 Métodos químicos de barrera</p> <p>182111 Métodos mecánicos de barrera</p> <p>182112 Métodos de intervención quirúrgica</p> <p>182101 Descripción de cómo actúa el método anticonceptivo escogido.</p> <p>182102 Descripción del uso correcto del método anticonceptivo escogido.</p> <p>182103 Descripción de la efectividad del método o métodos anticonceptivos escogidos.</p> <p>182104 Descripción del efecto del método anticonceptivo escogido sobre las enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>PUNTUACION DIANA:</p> <p>MANTENER: 3 AUMENTAR: 5</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

	FUNDAMENTACIÓN
<p>CAMPO:3 Conductual</p> <p>CLASE:S Educación de los pacientes</p> <p>6784PLANIFICACIÓN FAMILIAR ANTICONCEPCIÓN</p> <p>DEFINICIÓN: Ayuda para evitar el embarazo mediante información sobre la fisiología de la reproducción y los métodos de la concepción.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">— Determinar la necesidad de planificación familiar— Evaluar la capacidad y la motivación de la paciente y su compañero para utilizar la anticoncepción regular y correctamente.— Determinar el conocimiento de la paciente sobre anticoncepción y planes de selección de un método anticonceptivo.— Explicar ventajas y desventajas de los métodos de anticoncepción oportunos— Instruir a la paciente en el uso de anticonceptivos químicos, hormonales o mecánicos— Remitir a la paciente a los servicios de planificación familiar comunitarios, si es necesario.	<ul style="list-style-type: none">— El personal de enfermería debe de orientar a hombres, mujeres o en su caso a las parejas de la importancia del control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales explicarle como se deben usar cada uno de ellos.— La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)	
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1 Nunca demostrado, 2 Raramente demostrado, 3 A veces demostrado, 4 Frecuentemente demostrado, 5 Siempre demostrado.	
	RESULTADO	INDICADORES
<p>DOMINIO 9:Afrontamiento /tolerancia al estrés</p> <p>CLASE2: Respuestas de Afrontamiento</p> <p>CODIGO: 00136</p> <p>Duelo r/c anticipación de la perdida de una persona significativa m/p ira, culpa, desesperación, búsqueda de significado de la perdida, Distress psicológico y sufrimiento.</p>	<p>DOMINIO:</p> <p>III. Salud psicosocial</p> <p>CLASE:</p> <p>N.Adaptación Psicosocial</p> <p>RESULTADO:</p> <p>1304 Resolución de la aflicción</p>	<p>130401 Expresa sentimientos sobre la perdida</p> <p>130403 Verbaliza la realidad de la perdida</p> <p>130405 Describe el significado de la perdida</p> <p>130413 Mantiene el cuidado e higiene personales</p> <p>130418 Comparte la perdida con otros seres queridos</p> <p>130421 Expresa expectativas positivas sobre el futuro</p> <p>PUNTUACION DIANA:</p> <p>MANTENER:3AUMENTAR:5</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>CAMPO:3 Conductual</p> <p>CLASE:R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p> <p style="text-align: center;">5290 FACILITAR EL DUELO</p> <p>DEFINICIÓN:Ayuda en la solución de una pérdida importante</p> <p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la perdida -Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la perdida -Escuchar las expresiones de duelo -Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto de la perdida -Apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal -Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas -Apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal 	<ul style="list-style-type: none"> — Más allá de la pérdida de la salud, además, se produce una pérdida de la auto – imagen por eso es vital dejar que exprese la paciente sus emociones experimentadas para ayudar a liberar el estrés emocional. — La persona cuando está pasando por el proceso de elaboración del duelo presenta una serie de altibajos emocionales y cambios en su estilo de vida que ameritan de una red de apoyo familiar, social, espiritual y dependiendo de algunas variables podría necesitar un acompañamiento profesional.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)	
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1 Escasa, 2 Justa, 3 Buena, 4 Muy buena, 5 Excelente.	
	RESULTADO	INDICADORES
<p>DOMINIO 1: Promoción de la salud</p> <p>CLASE 2: Gestión de la salud</p> <p>CODIGO: 000215</p> <p>Salud deficiente de la comunidad m/p falta de expertos de la comunidad r/c inexistencia de un programa para prevenir problemas, mejorar el bienestar, reducir y eliminar uno o más problemas de salud de un grupo o población.</p>	<p>DOMINIO: VII. Salud comunitaria</p> <p>CLASE: b. Bienestar comunitario</p> <p>RESULTADO: 2701 Estado de salud de la comunidad</p>	<p>270101 Participación del público o de los miembros en los servicios</p> <p>270102 Prevalencia de programas de promoción sanitaria</p> <p>270103 Prevalencia de programas de protección sanitaria</p> <p>270109 Evidencia de medidas de protección sanitaria</p> <p>270116 Asistencia a programas de educación gestacional</p> <p>270126 Tasa de enfermedades de transmisión sexual</p> <p>PUNTUACION DIANA:</p> <p>MANTENER: <u>3</u> AUMENTAR: <u>5</u></p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

	FUNDAMENTACIÓN
<p>CAMPO:3 Conductual</p> <p>CLASE:S Educación de los pacientes</p> <p>5622 ENSEÑANZA SEXO SEGURO</p> <p>DEFINICIÓN: Proporcionar instrucciones acerca de medidas de protección durante la relación sexual.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">— Discutir las actitudes del paciente acerca de los diversos métodos de control de la natalidad.— Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de la natalidad efectivos.— Fomentar el uso de preservativos— Instruir al paciente sobre la colocación y extracción correcta de los preservativos.— Instruir al paciente en productos espermicidas— Planificar clase de educación sexual para grupos de pacientes	<ul style="list-style-type: none">— Es importante que el personal de salud oriente a los pacientes sobre lo importante que es el uso de métodos anticonceptivos debido a que ha varios métodos anticonceptivos debido a que ha varios métodos explicarle cada uno de ellos mencionarles como se deben de utilizar, así como la efectividad que tienen y sobre todo el que les ayuda a evitar un embarazo no deseado también se le debe de educar que no todos los métodos anticonceptivos los pueden prevenir de contraer una infección de transmisión sexual, enseñarles la técnica correcta de como se coloca el condón masculino, y así llevar control de planificación familiar.

8. CONCLUSIONES

Queda claro por tanto que el tema del aborto seguirá siendo un dilema de difícil resolución. Es muy importante educar a jóvenes y adolescentes desde el punto de vista de la sexualidad para que aprendan a respetarla, esta educación debe administrarse tanto a hombres como mujeres, pues la concepción compete a dos personas que deben ser conscientes de su cuerpo y su mente para luego no tener que recurrir a una medida deshumanizadora y traumática y contraria a la vida como es el aborto.

Es por eso que me tome la libertad de elegir el tema de la participación de enfermería en pacientes post- interrupción legal del embarazo, para tratar de dar cuenta todo lo que engloba el aborto en si como lo son las leyes y los cuidados que se le brindaran a la paciente durante todo el proceso.

El profesional de enfermería es neutral, libre de ideología también una figura conocida a la que los adolescentes pueden ir en busca de los conocimientos que necesitan, así como de atención sanitaria.

En el tema del aborto a las enfermeras tienen mucho que decir pues son profesionales dotados de capacidades para aportar información a jóvenes y adolescentes que así lo requieran, tienen una posición privilegiada, cercana a esa población en riesgo de sufrir un embarazo no deseado desde la cual pueden ayudar a evitar que esta situación se produzca.

Como profesional de enfermería se tiene el compromiso de proporcionar la información adecuada a la sociedad con la finalidad de que se tome conciencia sobre el tema de investigación descrito anteriormente y que lo más adecuado en la cuestión es la prevención.

9. GLOSARIO

- Adosamiento uterino: Las Sinequias corresponden a un adosamiento de las caras internas del útero debido a la formación de adherencias.
- Alamina ecuatorial: es uno de los aminoácidos que forman las proteínas de los seres vivos.
- Antifosfolipidico: El síndrome ocurre debido a un desorden autoinmune que conduce a la producción de autoanticuerpos dirigidos contra unos componentes de las membranas celulares llamados fosfolípidos anticuerpos antifosfolípidos
- Anticongelante lupico: Son anticuerpos contra sustancias presentes en el revestimiento de las células que impiden la coagulación de la sangre en un tubo de ensayo. Estas sustancias se llaman fosfolípidos.
- Centromeros: Es la constricción primaria que, utilizando tinciones tradicionales, aparece menos teñida que el resto del cromosoma.
- Citogenética: Es el campo de la genética que comprende el estudio de la estructura, función y comportamiento de los cromosomas
- Citogeno: Es un período de apareamiento activo en el que se hace evidente que la dotación cromosómica del meiocito corresponde de hecho a dos conjuntos completos de cromosomas.
- Cototrofblastos capa de Langhans: Es un término que se emplea para la capa más interna del trofoblasto, unidas al sincitiotrofoblasto del embrión y que funciona como un anclaje para el corión embrionario al endometrio materno. Su desarrollo comienza durante la primera semana embrionaria y continúa creciendo en las vellosidades coriónicas.
- DIU Traslocado: DIU Traslocado es cuando se coloca de forma inadecuada por lo tanto su posición dentro del útero es anormal puede incluso el que lo coloca perforar el útero.
- Esfacelo: Restos inflamatorios y necróticos de tejidos, que deben extirparse en procesos infecciosos e inflamatorios para facilitar la limpieza quirúrgica y la cicatrización.
- Teca luteínica: Es una estructura celular que rodea al antro folicular del folículo maduro o folículo de Graaf.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Benson,Ralph.C, Ginecología y obstetricia novena Edición, México editorial interamericana, 1992.
- Olds,B, Sally. Enfermería materno infantil, México, Edición interamericana, 1992.
- Novack,Edmund,Patología ginecológica y obstétrica, octava Edición, buenos aires, edición panamericana, 1982.
- Carlos armando FélixBáez, Manual de dilatación y legrado, segunda Edición, México, editorial mc graw hill, 2006.
- Norman F. Gantt, F .Gary cunningham, Manual de ginecoobstetricia, cuarta Edición santa feBogotá, 1995.
- Mario R Comparto, Ginecología, segunda Edición, buenos aires, librería ateneo, 1994.
- Elizabeth Jean Dickason, Enfermería materno infantil, tercera Edición, Brasil, harcourt brace, 1999.
- Tortora G, Grabowski s. Principios de anatomía y fisiología, novena Edición México, Oxford, 2002.
- Héctor Mondragón castro, Obstetricia básica ilustrada, quinta Edición, México, trillas, 2006.
- NANDA internacional, Diagnósticos enfermeros: definiciones y bulechek-2009.
- NIC, clasificación de intervenciones de enfermería, quinta Edición, gloria M bulechek.
- NOC, Clasificación de resultados en enfermería, 4 Edición Sue Moorhead-2009.
- <http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/agenda/indice.htm#%C3%8DNDICE>
- <http://www.cuidadoenfermero.com>
- <http://prezi.com/c2yl9iy8nuci/el-cuidado>
- <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad-metropoli/2014/impreso/cumple-7-anios-aborto-legal-122888.html>
- http://www.abortos.com/sudamerica_aborto.htm#11
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>

11. ANEXOS



SECRETARÍA DE SALUD
Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería

"2014, Año de Octavio Paz"

Asunto: Constancia de No Adeudo

A QUIEN CORRESPONDA:

El que suscribe, Encargado del Área de Servicios al Estudiante, **Unidad de Servicios Bibliotecarios y de Informática de la Escuela de Enfermería** hace constar que:

El/La C. Judith Ramírez Hernández

Con Matrícula o/No. de personal: 409510344

Nivel Académico: Licenciatura

Para trámite de: Autorización de Tesis

NO TIENE ADEUDOS bibliográficos en esta unidad académica.

Por lo que a petición del (a) interesado (a) y para los fines legales que al (k) mismo (a) convengan, se extiende la presente **CONSTANCIA** en la ciudad de México, D.F., a los 31 días del mes de Julio del año dos mil catorce.

ATENTAMENTE
ENCARGADO DE SERVICIOS AL ESTUDIANTE.

T. S. VÍCTOR MANUEL DOMÍNGUEZ CEDILLO.

VMDC-*apc*



Calzada México Tacuba N° 575 3er Piso Col. Popotla C.P. 11410
Delegación Miguel Alemán Tels. 53421251 y 53418126

df.gob.mx
salud.df.gob.mx

ABORTO

Expulsión del huevo intrauterino durante las primeras 20 semanas de embarazo. El producto pesa menos de 500 g y no tiene nombre especial, se llama simplemente producto de aborto.

FACTORES DE RIESGO		
Dolor Sangrado Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Depresión Nutrición Medio ambiente Ruptura de membranas	Edad Toxicomanías Infección de vías urinarias (IVU). Caídas Traumatismo Promiscuidad Ansiedad Miedo Sentimientos de culpa Duelo	LUI AMEU Infertilidad Abortos habituales Muerte

CUADRO CLINICO

Amenaza de aborto	Aborto incompleto	Aborto inevitable	Aborto inminente o en evolución	Aborto completo o consumado	Aborto habitual espontaneo o recurrente	Aborto diferido o frustrado	Aborto infectado	Aborto terapéutico
-Metrorragia leve y dolor pelviano	-Dolores espasmódicos, hemorragia que se acompaña de expulsión de tejido, vértigo.	-Dolor pélvico y hemorragia.	-Metrorragia importante y dolores expulsivos	-Escasa metrorragia y dolor leve o ausente	-Hemorragia que inicia de forma irregular de color café, y dolor hipogástrico.	-Los movimientos fetales desaparecen. -El crecimiento uterino se detiene. -Se presenta sangrado de color café negruzco.	-Fiebre, mal estado general, leucocitosis, dolor pélvico, hemorragia fétida.	-No hay un cuadro clínico establecido ya que influyen las razones biopsicosociales.



EXAMENES DE LABORATORIO, GABINETE Y DE EXPLORACION

Amenaza de aborto	Aborto incompleto	Aborto inevitable	Aborto inminente o en evolución	Aborto completo o consumado	Aborto habitual espontaneo o recurrente	Aborto diferido o frustrado	Aborto infectado	Aborto terapéutico
Exámenes de laboratorio: -biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, gonadotropina corionica humana. Examen de gabinete: -Ecografía pélvica. Examen genital: Útero gestante, conducto cervical dilatado hasta el orificio cervical externo cerrado, anexos normales.	Exámenes de laboratorio: Grupo sanguíneo, factor RH Exámenes de gabinete: -Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal) Examen genital: Útero globuloso, orificio cervical externo entreabierto, movilización uterina dolorosa (existe riesgo de infección).	Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo sanguíneo y factor RH. Examen de gabinete: -Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal) Examen genital: Útero gestante, conducto cervical dilatado hasta el orificio cervical interno, no hay descenso del huevo.	Examen de laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo sanguíneo y factor RH. Examen de gabinete: -Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal). Examen genital: Útero gestante, conducto cervical dilatado hasta el orificio cervical externo entreabierto, se palpa el polo inferior del huevo descendiendo en el conducto cervical.	Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo sanguíneo y factor RH. Exámenes de gabinete: -Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal). Examen genital: Útero con discreto aumento de volumen orificio cervical externo cerrado, movilización uterina indolora.	Exámenes de laboratorio: -Biometría hemática. -Examen de orina. -Grupo sanguíneo y factor Rh -Glucemia. Urea y creatinina. -Coagulograma. -Pruebas pre transfusionales cruzadas. -Urocultivo y antibiograma (si procede). Exámenes de gabinete: -Ecografía ginecológica (pélvica y/o transvaginal).	Exámenes de laboratorio: -Biometría hemática. -Examen general de orina. -Grupo sanguíneo y factor Rh -Glucemia. -Urea y creatinina. -Coagulograma. -Fracción Beta HGC en sangre. -Ecografía ginecológica. Exámenes de gabinete: -Ecografía ginecológica.	Exámenes de laboratorio: Química sanguínea, biometría hemática, examen general de orina, factor RH, exudado endouterino, tiempos de coagulación. Exámenes de gabinete: -Radiografía simple de abdomen. -Ecografía abdominal y/o de hueso pélvico. -Enviar a estudio histopatológico si existen fragmentos de la concepción. Examen genital: Útero globuloso y blando, movilización uterina dolorosa, cuello reblandecido, orificio cervical externo permeable, eliminación de restos placentarios, flujo maloliente.	Exámenes de laboratorio: -Biometría hemática. -Examen general de orina. -Grupo sanguíneo y factor Rh -Ecografía ginecológica pélvica. Examen de gabinete: -Ecografía ginecológica pélvica.

↓
TRATAMIENTO

Amenaza de aborto	Aborto incompleto	Aborto inevitable	Aborto inminente o en evolución	Aborto completo o consumado	Aborto habitual espontaneo o recurrente	Aborto diferido o frustrado	Aborto infectado	Aborto terapéutico
<p>-Reposo absoluto. -Psicoterapia -Antiprostaglandínicos: Indometacina vía oral o vía rectal según seguridad gestacional. -Antiespasmódicos vía oral según necesidad. -Venoclisis: Ringer lactato 1000ml, para mantener vía de acuerdo a criterio médico. -En caso de identificar etiología iniciar tratamiento de acuerdo a criterio médico.</p>	<p>-Valoración integral del estado hemodinámico de la paciente. -Venoclisis: Ringer lactato 1000 ml. Quirúrgico: -Legrado uterino instrumental (LUI) o aspirado manual endouterino (AMEU).</p>	<p>-Interrupción del embarazo en embarazos menores de 12 semanas: dilatación y legrado en embarazos mayores a 12 semanas: maduración cervical e inducción con oxitócicos para vaciamiento uterino.</p>	<p>-Evaluación integral del estado hemodinámico de la paciente. -Valorar el uso de antibióticoterapia y reposición sanguínea. -Analgésicos por requerimiento. Quirúrgico: -Embarazo de más de 12 semanas: dilatación y legrado instrumental uterino. -Uso de Ergovínicos y Oxitocina, según criterio médico. -Embarazo de menos de 12 semanas: LUI o AMEU.</p>	<p>-Valoración integral del estado hemodinámico de la paciente. -Venoclisis: Ringer lactato 1000 ml. Quirúrgico: -Legrado uterino instrumental (LUI) o aspirado manual endouterino (AMEU).</p>	<p>-Si la gestación es menor a 10 semanas se puede practicar una dilatación del orificio cervical de 10 semanas se puede practicar una dilatación del orificio cervical interno con bujías de hegar y realizar el vaciamiento instrumental. -Si el cuello se encuentra cerrado y es mayor a 10 semanas de gestación se recomienda utilizar óvulos de prostaglandinas para madurarlo y permitir la inducción a al aborto.</p>	<p>-Uso de Prostaglandínicos para maduración cervical, Inducto conducción con Oxitocina. Quirúrgico: Legrado uterino instrumental (LUI) o Aspirado manual endocervical (AMEU)</p>	<p>-Estudio microbiológico del contenido endocervical y endometrial, Hemocultivo y orina. -Evacuación temprana del útero la persistencia de restos placentarios mantiene la infección. -Antimicrobianos cuyo espectro asegure una cobertura tanto para microorganismos facultativos como anaerobios.</p>	<p>Técnicas quirúrgicas: Dilatación cervical que se continua con la evacuación de contenido uterino 4. Legrado 5. Aspiración por vacío (legrado por aspiración). 6. Dilatación y evacuación Laparotomía 7. Histerectomía 8. Histerotomía Medicas 7. Oxitocina intravenosa 8. Líquido hiperosmótico intraamniótico 9. Inyección extraovular 10. Inserción vaginal 11. Inyección parenteral 12. Por vía oral</p>



Norma oficial mexicana nom -005-ssa2-1993 de los servicios de planificación familiar

Norma oficial mexicana nom-007-ssa2-1993atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Norma oficial mexicana nom-087-ecol-ssa1-2002 protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo.

Norma oficial mexicana nom-168-ssa1-1998del expediente clínico

Norma oficial mexicana nom-205-ssa1-2002para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.



PROCESO DE ENFERMERIA

Objetivos:

- Evitar la hemorragia.
- Prevenir las infecciones.
- Reducir el dolor.

Diagnósticos:

- Posible hemorragia relacionada con el aborto.
- Alto riesgo de infección relacionado con la dilatación cervical; maniobra del aborto.
- Dolor relacionado con el procedimiento quirúrgico.
- Duelo relacionado con la pérdida del producto.
- conocimientos deficientes
- Disposición para mejorar los conocimientos



INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Cuidados pre operatorios

- Tomar y registrar los signos vitales.
- Vigilar hemorragia (contar apósitos); observar características y volumen de sangre.
- Conservar todos los tejidos y coágulos expulsados para su examen (si es que los hay).
- Verificar que las exploraciones, etc., se realicen en condiciones de asepsia.

Cuidados trans operatorios

- Administrar antibióticos según prescripción.
- Control de signos vitales, especialmente de temperatura.
- Revisar el sangrado
- Vigilar signos de infección en la herida quirúrgica.
- Realizar curación diaria de la herida quirúrgica.
- Administrar analgésicos según sea necesario.
- Si el aborto es inevitable, explicarle que el dolor de las contracciones cesa al expulsar el embrión y las membranas.

Cuidados posoperatorios

- Vigilar la recuperación de la paciente
- Revisar signos vitales
- Permitir el descanso comodo de la paciente
- Revisar el sangrado por lo menos una vez antes de darla de alta, verificar que hayan disminuido los cólicos uterinos.
- Si se ha iniciado el cuidado de la infección, continuar con el tratamiento.
- Si la paciente es Rh negativo, administrar inmunoglobulina anti D, antes de darla de alta.
- Dar a la paciente el tiempo y la oportunidad de experimentar el duelo

Resultados:

- No hay hemorragia; los signos vitales están dentro de límites normales; hematocrito y hemoglobina dentro de límites aceptables; la hemorragia vaginal disminuye visiblemente.
- No hay infección, no hay fiebre, ni exudado fétido o síntomas urinarios.
- Logra alivio del dolor, aplica técnicas de relajación y respiración.