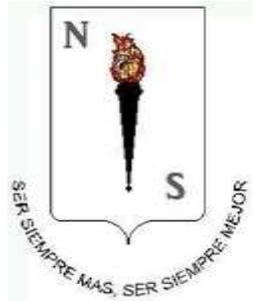


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS

EMBARAZO ANEMBRIÓNICO ESTUDIO DE CASO EN LA PERSPECTIVA DE
VIRGINIA HENDERSON Y DOROTHEA E. OREM

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARIA DE LOURDES RIVERA RODRÍGUEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



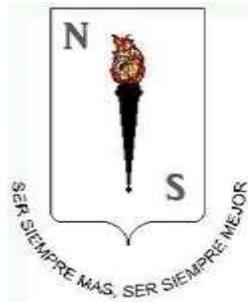
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS

EMBARAZO ANEMBRIÓNICO ESTUDIO DE CASO EN LA PERSPECTIVA DE
VIRGINIA HENDERSON Y DOROTHEA E. OREM

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARIA DE LOURDES RIVERA RODRÍGUEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2019

AGRADECIMIENTO

Estoy muy agradecida con la vida por permitirme llegar a este momento, de igual forma quiero agradecer a mi esposo Gerardo, a mis padre y hermana que a pesar de todas las situaciones que se presentaron en el trayecto de la carrera siempre estuvo apoyándome, tanto moralmente, como económicamente. A mis hijos que a pesar de estar alejados de mí, por el tiempo que se dedica a la escuela, siguieron motivándome y se sintieron orgullosos de mí.

Agradezco mis profesores que me enseñaron en el trascurso de la carrera, por su gran labor, trabajo hecho con dedicación y ética; que sin ellos no hubiera podido adquirir el conocimiento que hasta ahora tengo, ni la seguridad para desempeñarme en mi área. De una forma especial a la LEO. Martha Alcaraz Ortega, quien indudablemente confió en mí, dándome la oportunidad de concluir a pesar de las situaciones dadas, durante el período de estudiante y en repetidas ocasiones con sus consejos.

Pero sobre todo agradezco a Dios, por permitirme retomar este camino de mi vida, por cada día de vida y por la fortaleza para seguir adelante a pesar de todas las caídas, por sus mensajes enviados a través de mi madre con esta frase que dice así.

“Cuando vayan mal las cosas, como a veces suelen ir; cuando ofrezca tu camino sólo cuentas que subir. Cuando tengas poco haber, pero mucho que pagar, y precisas sonreír aun teniendo que llorar; cuando el dolor te agobie y no puedas ya sufrir, descansar acaso debes. ¡Pero nunca desistir! Tras las sombras de la duda, ya plateadas, ya sombrías, puede bien seguir el triunfo, no el fracaso que temías; y no es dable a tu ignorancia, figurarte cuán cercano puede estar el bien que anhelas y que juzgas tan lejano. Lucha, pues, por más que tengas en la brega que sufrir !Cuándo esté peor todo, más debemos de insistir! Rudyard Kipling

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a mis hijos Esteban y Samuel, quienes son mi motor para concluir esta etapa de mi vida, así como, los más beneficiados de esta meta lograda, a mi esposo Gerardo, que sin su gran apoyo no hubiera podido llegar a mi meta, a mis padres y hermana quienes fueron un pilar de gran importancia para lograr esta meta

En especial a mi Madre María de Lourdes quien me brindo todo su apoyo tanto, moral como económicamente, quien confió en mí y no dudo, en estar a mi lado, en darme consejos y el apoyo en educar a mis hijos, en mi ausencia y ser en ocasiones la figura materna para mis hijos.

A mi Padre quien, estuvo al pendiente de mí, de que nunca faltara el alimento en casa, quien fungió como Tutor de mis hijos, les preparo de comer y estuvo al pendiente de sus alimentos y de su escuela.

Y sobre todo para aquellas Madres que perdieron la ilusión de la llegada de un bebé a la familia, que pusieron su amor, entusiasmo y dedicación para los cuidados del embarazo y no llego, por esas Madres que se enfrentaron al dolor y que aún no han podido superar la pérdida, al realizar esta tesis he encontrado y adquirido el conocimiento para ayudarlas y sobre todo ayudarme a superar mi pérdida.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 VIDA Y OBRA DE DR. F. GARY. CUNNGH.....	3
2.1.2 VIDA Y OBRA DE VIRGINIA HENDERSON.....	5
2.1.3 VIDA Y OBRA DE DOROTHEA E. OREM.....	7
2.2 HIPÓTESIS.....	10
2.3 JUSTIFICACIÓN.....	11
2.4 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	11
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
2.6 OBJETIVOS.....	12
2.6.1 GENERAL.....	12
2.6.2 ESPECIFICOS.....	12
2.7 METODOLOGÍA.....	13
2.8 VARIABLES.....	14
2.9 ENCUESTA.....	16
2.10 GRÁFICAS Y RESULTADOS.....	17
3. EMBARAZO.....	32

3.1 EMBARAZO.....	33
3.2 DIAGNÓSTICO.....	33
3.3 ETAPAS DEL EMBARAZO.....	33
3.3.1 FECUNDACIÓN.....	33
3.3.2 IMPLANTACIÓN.....	34
3.4 NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO.....	34
3.5 ALUMBRAMIENTO.....	40
3.5.1 PARTO.....	40
3.5.2 CESÁREA.....	
4. ABORTO.....	45
4.1 CONCEPTO.....	45
4.2 CLASIFICACIÓN DE ABORTO.....	45
4.3 ABORTO ESPONTÁNEO.....	46
4.3.1 FACTORES FETALES.....	47
4.4 ABORTO ANEUPLOIDE.....	47
4.5 ABORTO EUPLOIDE.....	47
4.6 ABORTO SÉPTICO.....	47
4.7 ABOROTO DE REPETICIÓN.....	48
4.8 ABORTO EMBARAZO ANEMBRIONADO.....	48

4.9 FACTORES DE RIESGO.....	48
4.9.1 EDAD MATERNA.....	49
4.9.2 ESTRÉS.....	49
4.9.3 TABACO.....	49
4.9.4 ALCOHOL.....	50
4.9.5 DROGAS.....	50
4.9.6 CAUSAS OVULARES.....	50
4.9.7 CAUSAS UTERINAS.....	50
4.9.8 CAUSAS ENDOCRINAS.....	50
4.9.9 OTRAS CAUSAS.....	50
4.10 RIESGOS DE INFECCIÓN.....	51
5. EMBARAZO ANEMBRIÓNICO.....	53
5.1 CONCEPTO.....	53
5.2 DESARROLLO EMBRIONARIO NORMAL.....	53
5.3 ¿POR QUÉ SE PRODUCE UN EMBARAZO ANEMBRIÓNICO?.....	53
5.4 CAUSAS.....	53
5.5 SÍGNOS Y SÍNTOMAS.....	54
5.6 DIAGNÓSTICO.....	54
5.7 CONSECUENCIAS.....	55

5.8 CUIDADOS.....	55
5.9 SUPERAR EL EMBARAZO ANEMBRIÓNICO.....	56
6. TRATAMIENTOS.....	58
6.1 TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO.....	58
6.1.1 LEGRADO.....	59
6.1.1.1 PARTES DEL LEGRADO.....	61
6.1.1.2 CUIDADOS POST LEGRADO.....	62
6.1.2 TRATAMIENTO PARA LA FECUNDACIÓN DE UN NUEVO PRODUCTO...	63
6.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	69
6.2.1 CONCEPTO.....	69
6.2.2 PORCENTAJE.....	69
6.2.3 CONSECUENCIAS.....	69
6.2.4 DUELO EN LA PÉRDIDA DEL HIJO.....	70
6.2.5 NEGACIÓN.....	71
6.2.6 LA CULPABILIDAD.....	71
6.2.7 LOS DUELOS MÁS COMPLICADOS.....	71
6.2.8 COMPLICACIONES DEL DUELO.....	72
6.2.9 ¿HAY DUELO DESPÚES DE UN ABORTO?.....	72
6.2.10 AYUDA PSICOLÓGICA PARA SUPERAR UN ABORTO.....	73

7. CASO CLÍNICO.....	76
7.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	76
7.2 IMAGEN ENVIO DE ESPECIALIDADES.....	77
7.3 IMAGEN DE LA HOJA DE RESUMEN CLÍNICO.....	78
7.4 RESUMEN DEL PRIMER ULTRASONIDO.....	79
7.4.1 PRIMER ULTRASONIDO.....	80
7.5 RESUMEN DEL SEGUNDO ULTRASONIDO.....	81
7.5.1 SEGUNDO ULTRASONIDO.....	82
7.6 RESUMEN CLÍNICO DEL LEGRADO REALIZADO.....	83
7.7 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	85
8. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	87
8.1 DIAGNÓSTICO ENFERMERO.....	87
8.2 COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO.....	87
8.3. CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS.....	87
8.4 FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON.....	89
8.4.1 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ABORTO (VIRGINIA HENDERSON).....	90
8.4.2 OBJETIVOS.....	90
8.4.3 CUIDADOS DE PAE DE ACUERDO AL NANDA.....	91

8.5 TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTICUIDADOS (DOROTHEA ELIZABETH OREM).....	91
8.5.1 EL AUTOCUIDADO.....	91
8.5.2 TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO.....	93
8.5.3 TEORÍA DE LOS SISTEMAS.....	93
9. CONCLUSIÓN.....	95
10. BIBLIOGRAFÍA.....	97
10.1 BÁSICA.....	97
10.2 COMPLEMENTARIA.....	100
11. GLOSARIO.....	103

INTRODUCCIÓN

El embarazo anembriónico es un problema más frecuente de los que se piensa, motivo por el cual es necesario saber las causas que originan al mismo, este puede ser por anomalías genéticas o cromosómicas en el proceso de fecundación.

Aproximadamente la mitad de los embarazos que son interrumpidos en el primer trimestre son producidos cuando el ovulo que fue fecundado e implantado en el útero, desarrolla un saco gestacional pero éste carece de un embrión en su interior, causando un aborto bioquímico.

En la madre al presentar el aborto, produce un daño psicológico tanto para ella, como para la familia que está en espera de un integrante más, la cual se busca dar a conocer el porcentaje de frecuencia con lo que sucede en el estado de Michoacán, así como las herramientas correctas para ayudar a la madre ya la familia a superar la pérdida del embarazo.

Es motivo por el cual, el tema de la tesis, se desarrolló en este tema, para poder ayudar a todas las madres que han pasado por el proceso de aborto ocasionado por un embarazo anembriónico, y así, saber el proceso y tratamiento que se debe dar ante la pérdida.

En cada uno de los temas, desarrollé, en base a todo el proceso, desde saber ¿Qué es un embarazo?, ¿Cómo se implanta?, el desarrollo de un embarazo, conocer ¿Qué es un aborto? y por último ¿Qué es un embarazo anembriónico?, así como los tratamientos que la madre y familia deben recibir, para la recuperación de la salud, tanto física, como psicológicamente.

Se presenta el estudio de un caso clínico, el mío, para poder conocer todo el proceso que se vive, desde la detección el embarazo, su evolución, hasta la presentación de la sintomatología del aborto, las resolución del problema médico-quirúrgico, y el tratamiento psicológico.

Durante el desarrollo de la tesis, se dará a conocer la frecuencia con la que se presenta la problemática, a través del trabajo de encuestas y el conocimiento de la población sobre el tema. Estas encuestas fueron aplicadas a los tres niveles socioeconómicos y diferentes niveles de estudio, a los usuarios de hospitales de gobierno y usuarios de servicio médico particular.

Cabe mencionar que el embarazo anembriónico es una afección en la que se detiene el crecimiento del ovulo fecundado, el cual ocurre en el primer trimestre, sin que la madre se dé cuenta de lo sucedido hasta que este es determinado por un ultrasonido obstétrico ya sea endovaginal o pélvico.

Ante la noticia de la llegada de un bebé la ilusión crece en la madre, el pensar en nombres para el bebé, la compra de ropita y artículos para su cuidado; se va cultivando el deseo y el amor por la llegada de un angelito a la familia, motivo por el cual al atravesar por la pérdida debemos comprender la situación tan difícil emocionalmente y sobre todo el gran dolor que este produce.

El conocer todas las etapas del embarazo y el proceso de crecimiento biológico, nos damos cuenta en que parte del proceso se detiene el crecimiento del cigoto y así determinar la patología presentada en el embarazo, pero sobre todo saber que esto puede pasar a cualquier madre y el hecho de haberlo sufrido en una ocasión, no es condicionante para volver a presentarlo en un siguiente embarazo.

Este trabajo de investigación ayudara a saber el actuar en el campo durante el ejercicio de la profesión, y así saber desde la teoría hasta como la elaboración de un plan de cuidado de enfermería y reincorporación a la sociedad, con la recuperación de la salud.

MARCO TEÓRICO

2.1.- BIOGRAFÍA

DR. F. GARY CUNNGHAM

Escuela de Medicina

- Escuela de Medicina de la Universidad del Estado de Louisiana (1968)

Internado

- Confederate Memorial Medical Center (1969), Ob / Gyn

Residencia

- Universidad del estado de Luisiana - hospital de la caridad en New Orleans (1972),
- UT Southwestern Medical Center (1973), Medicina Materno-fetal

Interés de investigación

- * Trastornos médicos / quirúrgicos en el embarazo
- * Emergencias obstétricas
- * Preeclampsia

Publicaciones

- * Publicaciones destacadas LegendFeatured Publications
- * Williams Ginecología

Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG (eds) 2008 1ª edición Nueva York, McGraw Hill

- Manual de Obstetricia de Williams

Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield J, Yost NP 2007 22ª edición Nueva York, McGraw Hill

- Williams Obstetrics

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap II LC, Wenstrom KD (eds) 2005 22ª edición Nueva York, McGraw Hill

- Obstetricia Operativa

Gilstrap II LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, Hankins GV 2002 2ª edición Appleton & Lange

Honores y reconocimientos

-1983 - 2005: Presidente del Departamento de Obstetricia y Ginecología

-1995- presente: Beatrice y Miguel Elias Cátedra Distinguida de Obstetricia y Ginecología

Asociaciones Profesionales / Afiliaciones

-Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

-Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia

-Sociedad para la Investigación Ginecológica

-Sociedad para la Medicina Fetal Materna

-Asociación Médica de Texas

2.1.2 BIOGRAFÍA

VIRGINIA HENDERSON

Nació en 1897 en Kansa City.

Sus fuentes teóricas tenían la influencia de algunas de sus profesoras como: su profesora de Enfermería Básica, Filosofía, Microbiología, Psicología y Rehabilitación.

Henderson conceptualizó la función propia de la enfermería, que consistía en atender a la persona sana y enferma en sus actividades, para contribuir a su salud o recuperación, y las que realizan, si tienen fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Declaró que la actuación de enfermería depende del médico y que los seres humanos tienen necesidades básicas que deben satisfacer y normalmente son cubiertas por el individuo sano.

También denominó como necesidades básicas a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente, aunque en su obra no realizó ninguna definición de necesidades.

Define a la enfermería en términos funcionales como: "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; hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

1. La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales alcanzar la muerte en paz. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
2. Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denominó cuidados básicos de enfermería; estos se aplican mediante un plan de cuidados de enfermería, elaborados sobre la base de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera paciente y se destacan 3 niveles de intervención: sustituta, ayuda o compañera. Aporta una estructura teórica que permite el trabajo de enfermería por necesidades de cuidado, de esta manera facilita la definición del campo de actuación, y al nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería sobre la base de las 14 necesidades humanas básicas.

Supuestos principales

La definición de Henderson acerca de los conceptos básicos de la meta paradigma de enfermería son:

Persona:

- Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia, o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.
- La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
- La mente y el cuerpo son inseparables.

- Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia, tiene necesidades básicas para la supervivencia, por lo que necesita fuerza, deseos y conocimientos para realizar las actividades requeridas para una vida sana.

Entorno: incluye relaciones con la propia familia y las responsabilidades de la comunidad para proveer cuidados.

Salud:

- La calidad de salud más que la vida es el margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción.

- Considera la salud como la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de Enfermería; equipara salud con independencia.

2.1.3 BIOGRAFÍA

DOROTHEA E. OREM

Dorothea Elizabeth Orem fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. Fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de Orem.

Fecha de nacimiento: 15 de junio de 1914, Baltimore, Maryland, Estados Unidos

Fallecimiento: 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos

Educación: Universidad Católica de América

Ocupación: enfermera, escritora, profesora

Conocida por: Desarrollo de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado

Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D.C. donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1956. Orem recibió posteriormente un BSNE. De la Catholic University of América CUA en 1939 y en 1946 obtuvo un MSNE de la misma universidad.

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, tanto de servicio domiciliario como hospitalario, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; tras marcharse de Detroit, Orem pasó siete años en Indiana, de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health; su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería.

En 1957, Orem se trasladó a Washington DC. Donde trabajo en el Office of Education, en el US. Department of Health, Education and Welfare (DHEW), como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En el DHEW trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta en 1959 se publicó *Guidlenis for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*. En 1959 Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación de enfermería en la CUA, además trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA, la formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces juntamente con otros conceptos.

El Members of the Nursing Models Comittee de la CUA y el grupo Improvement in Nursing qué se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG),

contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración, además que ella era la editora de la NDCG. En 1970 Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

El primer libro publicado por Orem fue *Nursing: Concepts of Practice*, en 1971; mientras prepararon y revisaron *Concept Formalization in Nursing: Procces and Product*.

La Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of Science en 1976; recibió el premio Alumni Association Award for Nuring Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing Honoris Causae de la Universidad de Misuri en 1998.

Se han publicado ediciones posteriores de *Nursing: Concepts of Practice* en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando sola o con colaboradores en el desarrollo de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA). Fallece en Savannah, Georgia el 22 de junio de 2007

Modelo Orem de enfermería:

Dorothea no tuvo un autor que influyera en su modelo, pero si se sintió inspirada por otras teóricas de enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers entre otras.

Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo. El concepto de auto cuidado refuerza la participación activa

de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionen su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que no poseen la capacidad para ejercer el autocuidado. Completando así los déficit de autocuidado causados por el desequilibrio entre salud y enfermedad (Orem, 1993).

El rol de la enfermera, pues, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de las personas.

Dorothea Orem, demostró interés e inclusión en todas y cada una de las funciones en las que existe participación activa de enfermería como lo son:

Asistenciales, administrativas, docentes y de investigación.

Lo que le favoreció para conceptualizar un modelo teórico que hasta nuestros días ayuda a brindar un cuidado integral al usuario de los servicios de salud, basándose en el autocuidado.

2.2 HIPÓTESIS

¿Qué condicionante, es la causa de que una madre presente un embarazo anembriónico, y este se pueda repetir?

¿Qué tratamiento debe recibir la madre para superar la pérdida de su embarazo?

2.3 JUSTIFICACIÓN

Ya que en los últimos años y de acuerdo a la investigaciones realizadas, se ha observado que el embarazo anembriónico es común a pesar de que existe un corto tiempo sobre los antecedentes de embarazo anembriónico.

Y que al igual que un aborto teniendo embrión, la pérdida de este ocasiona un gran daño psicológico en aquellas madres que tuvieron la ilusión de la llegada de un nuevo ser a sus vidas.

Sin dejar de mencionar que es el mismo proceso de tratamiento para limpiar la cavidad uterina “LEGRADO” (procedimiento quirúrgico aunado, con la administración de fármacos y cuidados específicos) que se tiene que llevar a cabo para no poner en riesgo la vida e la madre, evitando llegar a tener complicaciones obstétricas, favoreciendo a que la misma pueda tener un siguiente embarazo sin complicaciones.

2.4 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A través del tiempo los abortos espontáneos producidos por un embarazo anembriónico, ha tenido mayor frecuencia y el daño psicológico se produce

En embarazos clínicamente reconocidos, el aborto espontáneo ocurre con frecuencias mayores del 15%. De todos los abortos, el embarazo anembriónico quizás ocupe alrededor del 10-50% de los casos.

Anteriormente este tipo de diagnóstico era difícil de hacer pero con el advenimiento de la Sonografía transvaginal y las pruebas de embarazo ultrasensibles gran parte de los embarazos anembrionados se diagnostican antes de que ocurra una pérdida espontánea.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas que generan un embarazo anembriónico, y de qué manera se puede ayudar a la madre en el tratamiento tanto en lo físico y psicológico?

El surgimiento de la duda nace durante mi periodo como madre, que durante cuatro embarazos que tuve, los cuales los últimos dos fueron abortos, uno de ellos fue diagnosticado como Embarazo Anembriónico, surgiendo la necesidad de conocer más del tema, saber la patología, el tratamiento para evitar un segundo caso, pero sobre todo como ayudarme y ayudar a las madres psicológicamente, que presentaron un embarazo anembriónico y por lo tanto dejaron un vacío en las familias.

2.6 OBJETIVOS

GENERAL: Conocer que es un embarazo anembriónico, su frecuencia, así como el proceso para ayudar a las madre que han pasado por esta experiencia.

ESPECÍFICOS

- Causas específicas que generan el embarazo anembriónico.
- Dar a conocer la etapa específica donde se da el Aborto bioquímico causado por embarazo anembriónico.
- Frecuencia con la que se presenta en el estado de Michoacán.
- Dar el apoyo psicológico a las Madres que han pasado por este proceso.
- Cuidados específicos y tratamiento para evitar un embarazo anembrionico.
- Preparar a la madre para el momento en que decida embarazarse.
- Las medidas y el tratamiento para evitar que se vuelva a repetir un embarazo anembriónico.
- La participación específica de Enfermería en el proceso del embarazo anembriónico y posterior al aborto bioquímico, relacionado con la madre

2.7 METODOLOGÍA

En mi proyecto de investigación utilizare dos tipos de metodología de investigación:

CUALITATIVO: Ya que se busca la información del proceso que se tiene un embarazo anembriónico, el tratamiento al cual se someterá la paciente así como a la atención psicológica tanto para la madre, como para el resto de la familia.

De igual forma se proporciona la información necesaria para comprender lo que sucede en esta patología, y dar a conocer las madres que no deben sentir culpa cuando se presentan ante este evento. Que se entiende que igual duele la pérdida y que se va la atención psicológica tanto para ella como para la familia para superar la pérdida, y sanar la herida que éste deja.

CUANTITATIVO: en esta parte vemos la frecuencia con la que sucede este evento, el conocimiento que tiene la población sobre el embrazo anembriónico y como enfermera que información se puede proporcionar a las pacientes.

Se busca tener la información necesaria, los datos gráficos cuantitativos necesarios para darle la viabilidad y credibilidad al proyecto. Con la finalidad de poder formular un programa de atención a las madres que presentaron un embarazo anembriónico, y poder evitar un suceso repetitivo.

Preparar a la madre y a la familia sanando está herida, preparar físicamente a la misma con todos los requerimientos del cuerpo, para evitar un nuevo evento.

2.8 VARIABLES

En este proceso de investigación, al momento de realizar el estudio debemos tener en cuenta que nos encontramos con diferentes variables las cuales modificaran los resultados de la investigación los cuales podrían ser:

Zona geográfica:

La zona en la que se encuentra ubicada el lugar de residencia, si es una zona rural o urbana.

Vivienda y Saneamiento:

Tipo de vivienda si está hecha de material con acabados, en obra negra, con lámina o madera; si cuenta con servicio de agua potable, drenaje, así como servicio eléctrico; si hay pavimentación de las calles o son terracería.

Sociocultural:

En esta parte veremos los usos y costumbres internos del núcleo familiar, así como de la comunidad, localidad o municipio al cual pertenece.

Socioeconómico:

Tomaremos en cuenta la situación económica, si esta puede pagar el servicio médico, si cuenta con el recurso para comprar los complementos para el embarazo, para llevar una buena alimentación, etc.

Acceso a servicio médico:

Si se encuentra cerca de algún centro médico o se ve en la necesidad de viajar largas distancias, el tiempo que se hace para recibir atención médica, si cuenta con servicio médico de gobierno, está integrada al Seguro Popular o requiere de pagar servicio médico particular.

Alimentación:

Si tiene buenos hábitos alimenticios, si la dieta es balanceada, si es rica en carbohidratos, harinas y/o grasas; si realiza la toma de alimentos en los horarios correspondientes y si realiza colaciones, sin dejar de mencionar el uso de complementos alimenticios.

Higiene:

Higiene personal, cambio de ropa, baño, aseo bucal.

Actividad Física:

Cuanta actividad realiza, sí camina, sí no práctica deporte, el tipo de deporte que practica, si lleva una vida sedentaria.

Otros aspectos a evaluar, que darán variables en los resultados de la investigación son:

- Edad
- Multípara
- Partos
- Cesáreas
- Abortos
- Complicaciones anteriores embarazo.

2.9 ENCUESTAS

Para la investigación de mi tesis y saber a fondo si la sociedad tiene conocimiento sobre lo que es un embarazo anembriónico y cuantas mujeres han recibido el apoyo psicológico para superar la perdida, se realizaron en total 30 encuestas divididas de la siguiente forma:

- 10 encuestas en una colonia popular de bajo a medio nivel socioeconómico.
- 10 encuestas en colonia de situación del nivel socioeconómico medio-alto.
- 10 encuestas en pacientes en cita médica en hospital de Gobierno.

ENCUESTA	SI	NO	POCO
¿USTED SABE QUE ES UN HUEVO HUERO?			
¿TIENE SOLO UN HIJO?			
¿TIENE MÁS DE UN HIJO?			
EN SUS EMBARAZOS ¿HA TENIDO ATENCIÓN PRENATAL?			
EN SUS EMBARAZOS ¿TOMA ÁCIDO FÓLICO Y VITAMINAS?			
¿SU ATENCIÓN ES EN HOSPITAL DE GOBIERNO CONSEGURIDAD SOCIAL?			
¿SU ATENCIÓN ES EN HOSPITAL PÚBLICO?			
¿SU ATENCIÓN ES EN HOSPITAL PRIVADO?			
¿TIENE EL NIVEL SECUNDARIA?			
¿TIENE EL NIVEL PREPARATORIA O EQUIVALENTE?			
¿TIENE EL NIVEL LICENCIATURA O MÁS?			
¿USTED SABE QUE ES UN EMBARZO ANEMBRIÓNICO?			
¿SABE QUE PRODUCE UN ABORTO?			
¿USTED HA TENIDO UN ABORTO?			
¿USTED CONOCE POR QUÉ SE PORDUCE UN EMBARZO ANEMBRIÓNICO?			
¿CREE QUE LA PÉRDIDA DE UN EMBARZO ANEMBRIÓNICO DUELE COMO LA PÉRDIDAD DE UN HIJO?			
¿USTED CREE QUE LAS MADRES QUE PASAN POR ESTE PORCESO REQUIERAN ATENCIÓN PSICOLÓGICA?			
¿LA PÉRDIDA DEL EMBARZO AFECTA A LA FAMILIA?			
¿USTED HA TENIDO ALGUN EMBARZO ANEMBRIÓNICO?			
¿SI PASARA POR ESTE PORCESO, ACEPTARÍA APOYO PSICOLÓGICO?			
¿SE VOLVERIA A EMBARAZAR DESPÚES DE UN EMBARZO ANEMBRIÓNICO?			

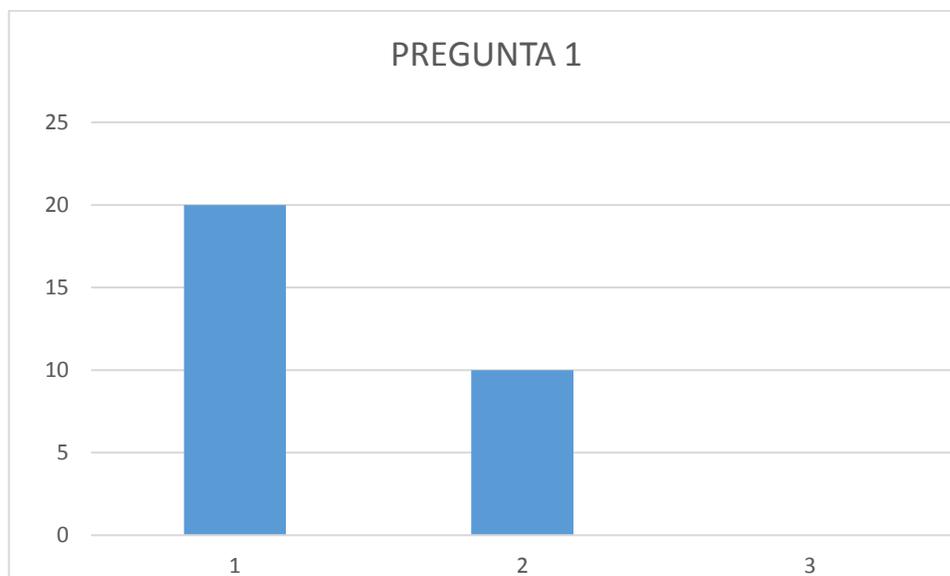
2.10 RESULTADOS Y GRAFICAS

1.- ¿USTED SABE QUÉ ES UN HUEVO HUERO?

SI: 20 Respuestas

NO: 10 Respuestas

POCO: 0 Respuestas

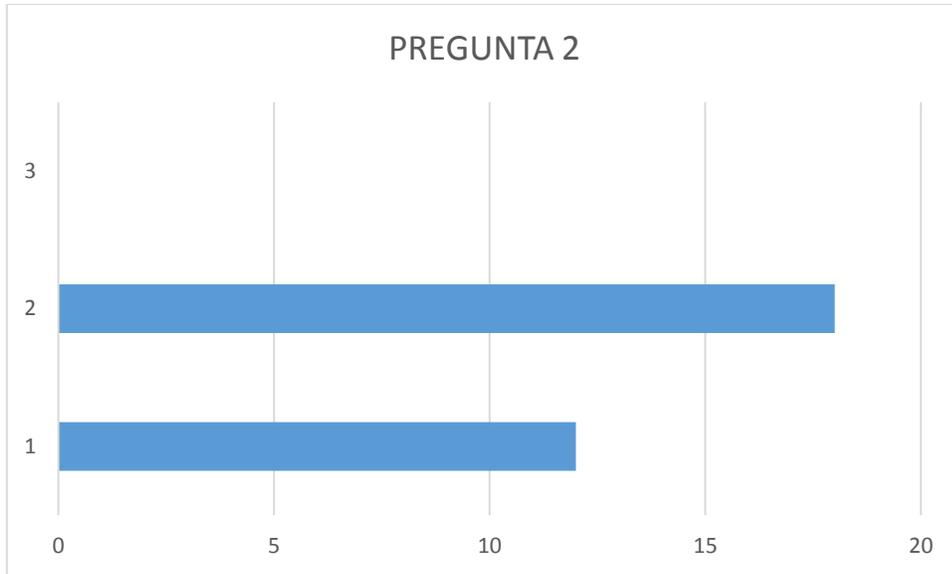


2.- ¿TIENE SOLO UN HIJO?

SI: 12 Respuestas

NO: 18 Respuestas

POCO: 0 Respuestas

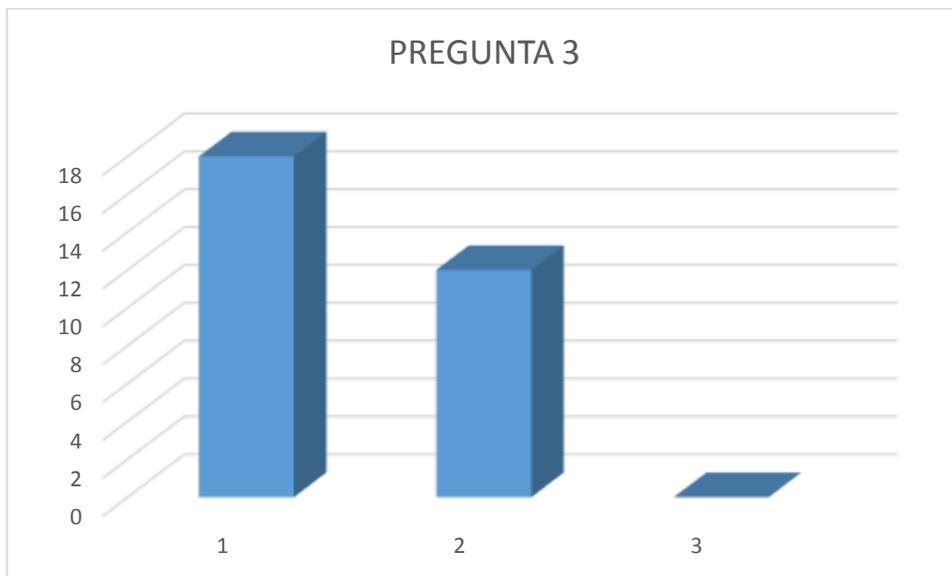


3.- ¿TIENE MAS DE UN HIJO?

SI: 18 Respuestas

No: 12 Respuestas

POCO: 0 Respuestas

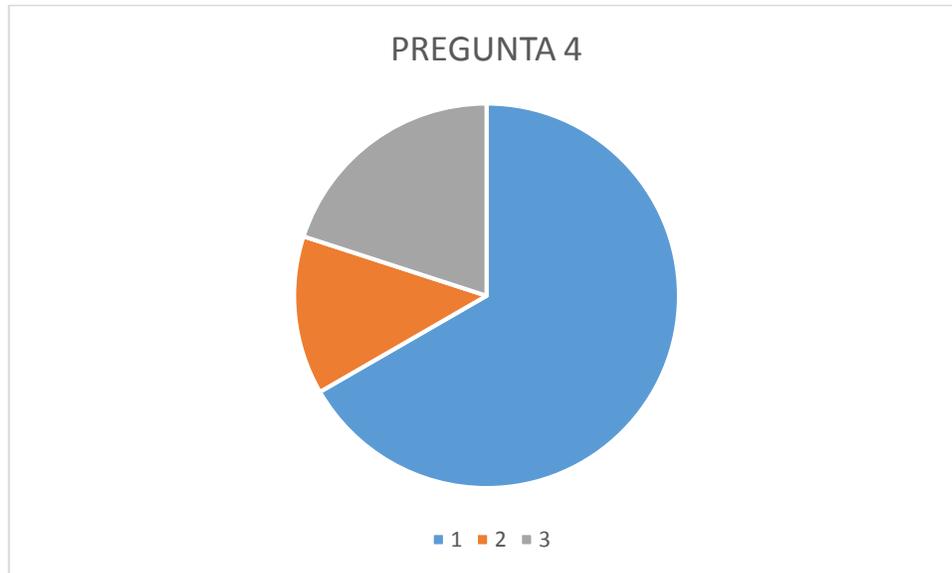


4.- EN SUS EMBARAZOS ¿HA TENIDO ATENCIÓN PRENATAL?

SI: 20 Respuestas

No: 4 Respuestas

POCO: 6 Respuestas

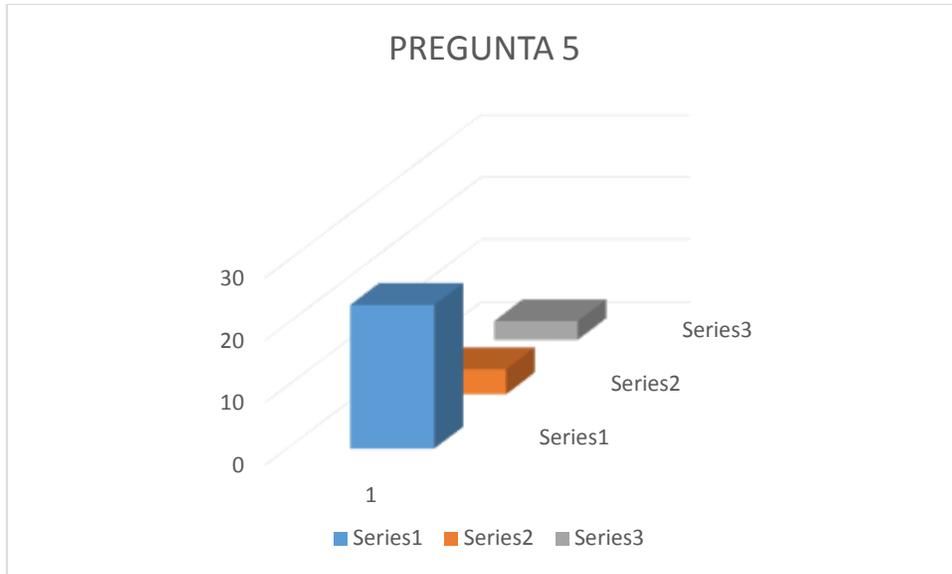


5.- EN SUS EMBARAZOS ¿TOMA ÁCIDO FÓLICO Y VITAMINAS?

SI: 23 Respuestas

NO: 4 Respuestas

POCO: 3 Respuestas

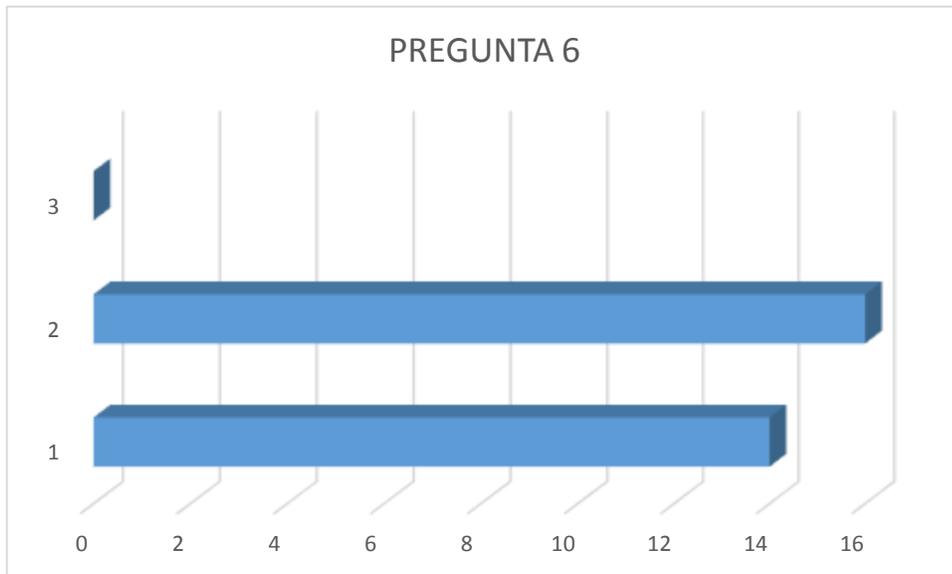


6.- ¿SU ATENCIÓN ES EN HOSPITAL DE GOBIERNO CONSEGRIDAD SOCIAL?

SI: 14 Respuestas

NO: 16 Respuestas

POCO: 0 Respuestas

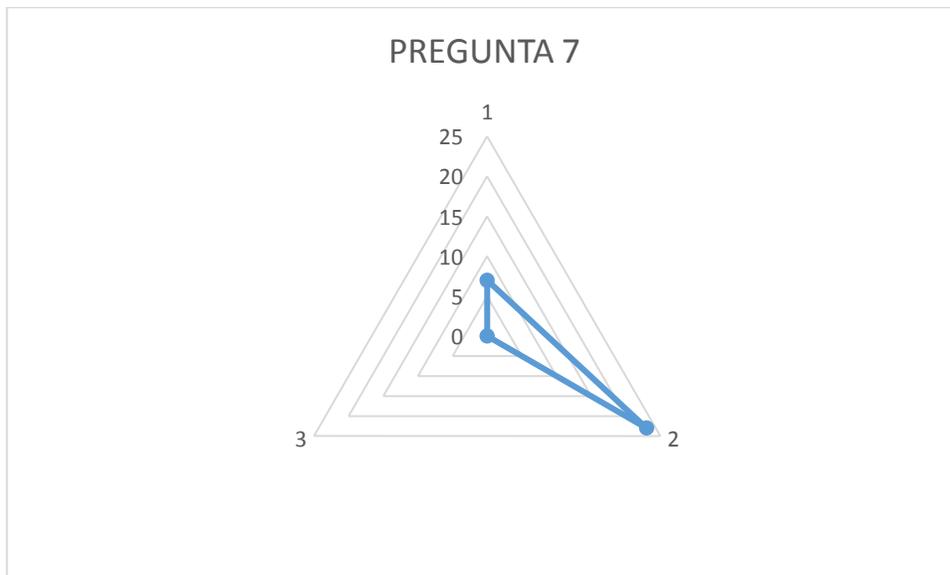


7.- ¿SU ATENCIÓN ES EN HOSPITAL PÚBLICO?

SI: 7 Respuestas

NO: 23 Respuestas

POCO: 0 Respuestas

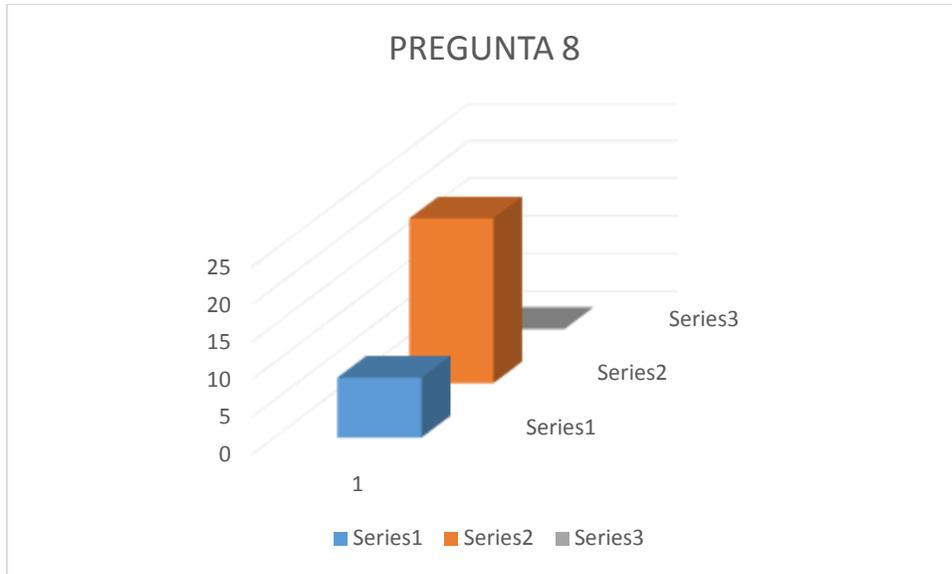


8.- ¿SU ATENCIÓN ES EN HOSPITAL PRIVADO?

SI: 8 Respuestas

NO: 22 Respuestas

POCO: 0 Respuestas

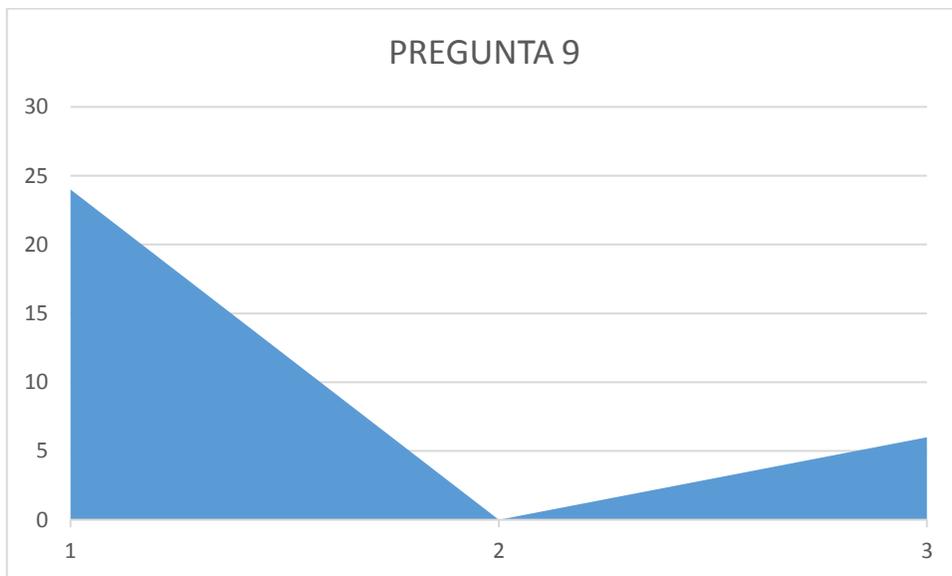


9.- ¿TIENE EL NIVEL SECUNDARIA?

SI: 24 Respuestas

NO: 0 Respuestas

POCO: 6Respuestas (inconclusa)

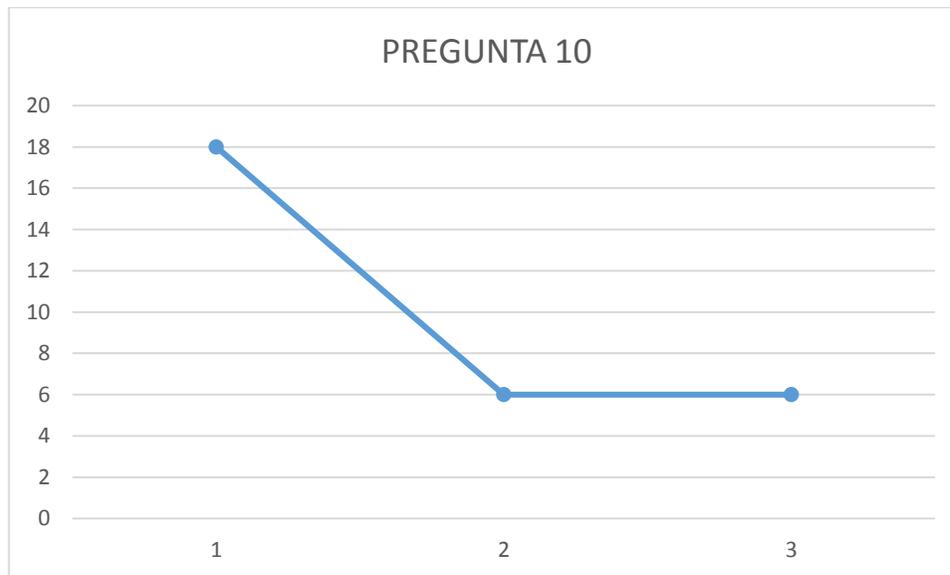


10.- ¿TIENE EL NIVEL PREPARATORIA O EQUIVALENTE?

SI: 18 Respuestas

NO: 6 Respuestas

POCO: 6 Respuestas (inconclusa)

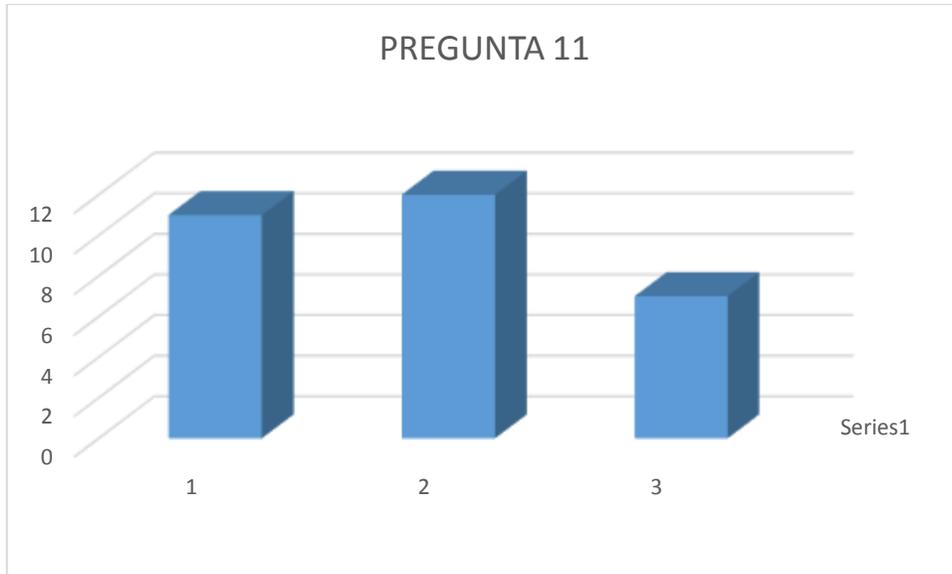


11.- ¿TIENE EL NIVEL LICENCIATURA O MÁS?

SI: 11 Respuestas

NO: 12 Respuestas

POCO: 7 Respuestas (inconclusa)

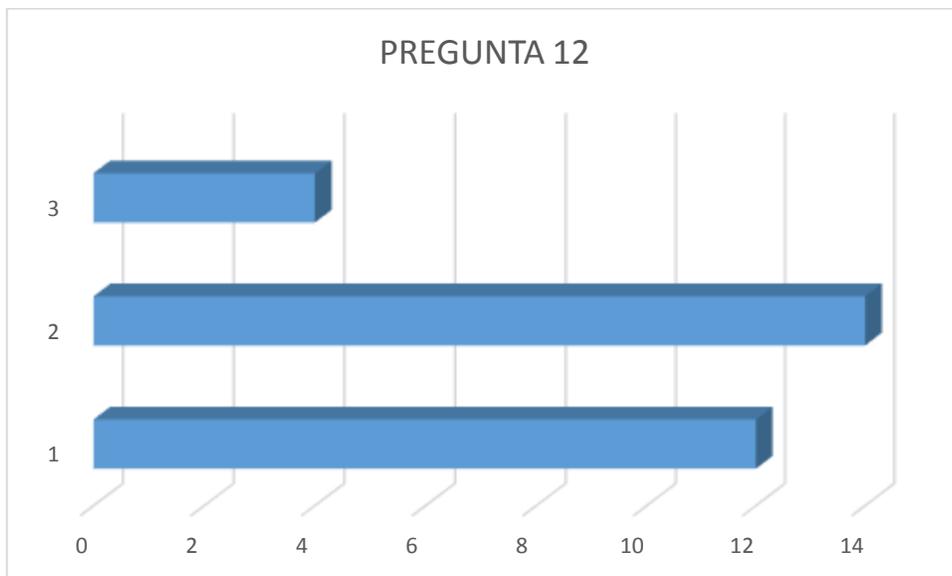


12.- ¿USTED SABE QUÉ ES UN EMBARZO ANEMBRIÓNICO?

SI: 12 Respuestas

NO: 14 Respuestas

POCO: 4 Respuestas (tiene una ligera idea)

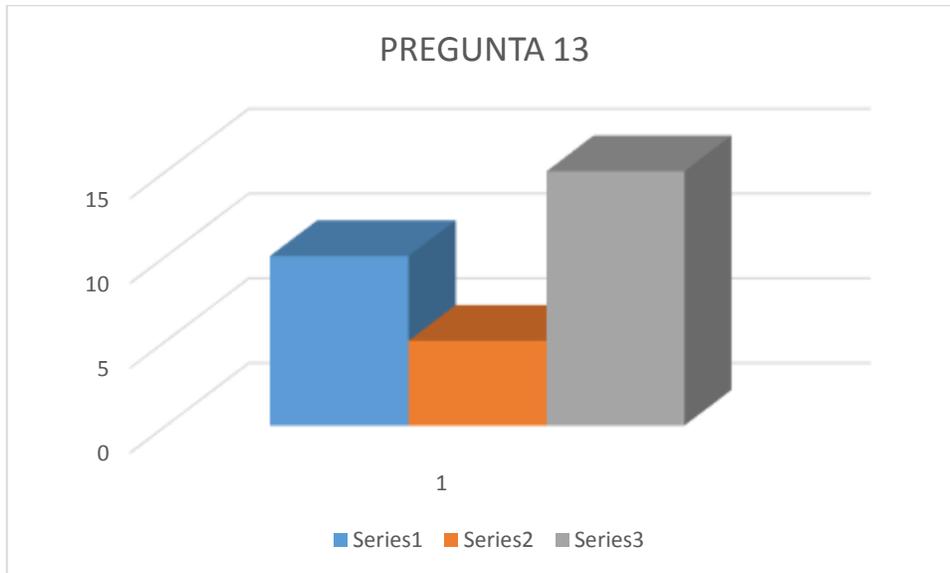


13.- ¿SABE QUÉ PRODUCE UN ABORTO?

SI: 10 Respuestas

NO: 5 Respuestas

POCO: 15 Respuestas (tiene una ligera idea)

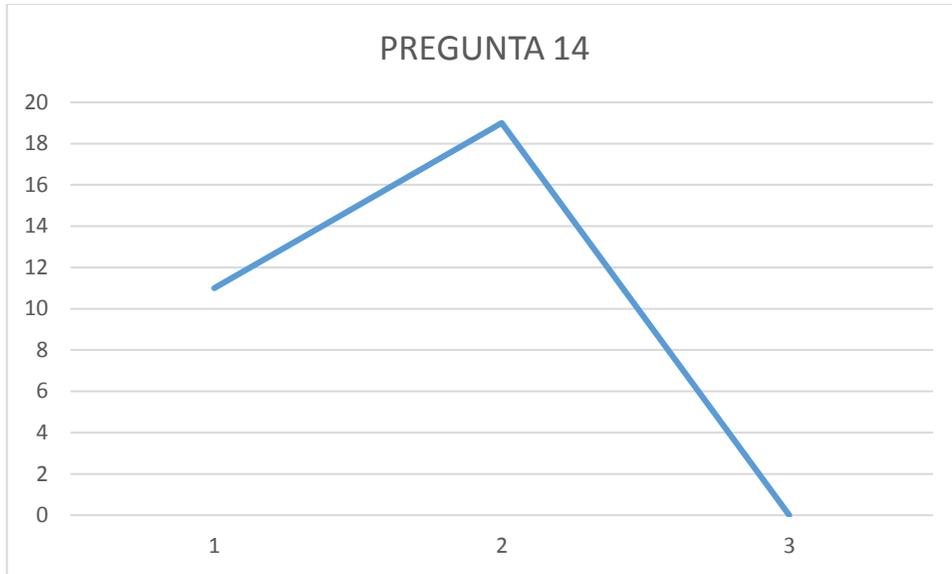


14.- ¿USTED HA TENIDO UN ABORTO?

SI: 11 Respuestas

NO: 19 Respuestas

POCO: 0 Respuestas

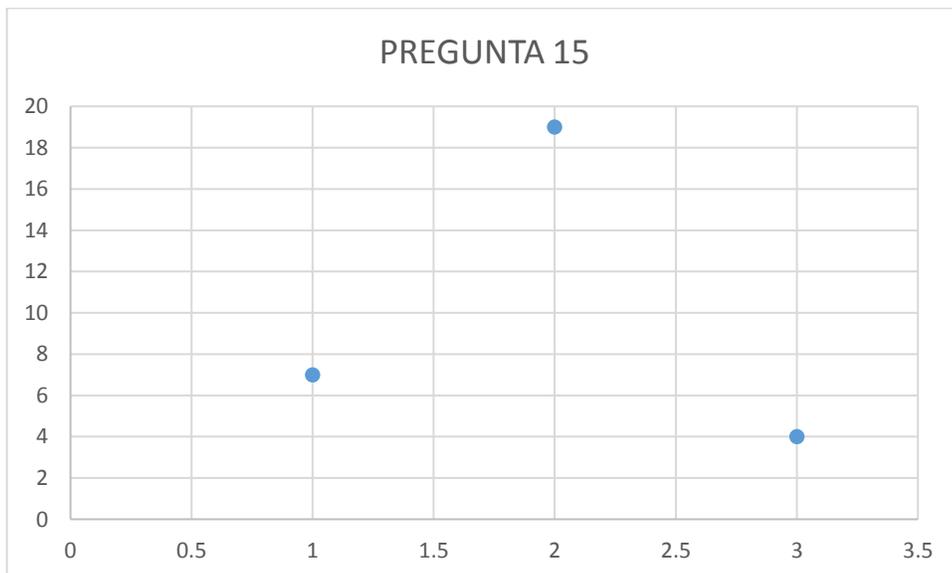


15.- ¿USTED CONOCE POR QUÉ SE PRODUCE UN EMBARAZO ANEMBRIÓNICO?

SI: 7 Respuestas

NO: 19 Respuestas

POCO: 4 Respuestas (tiene una idea)

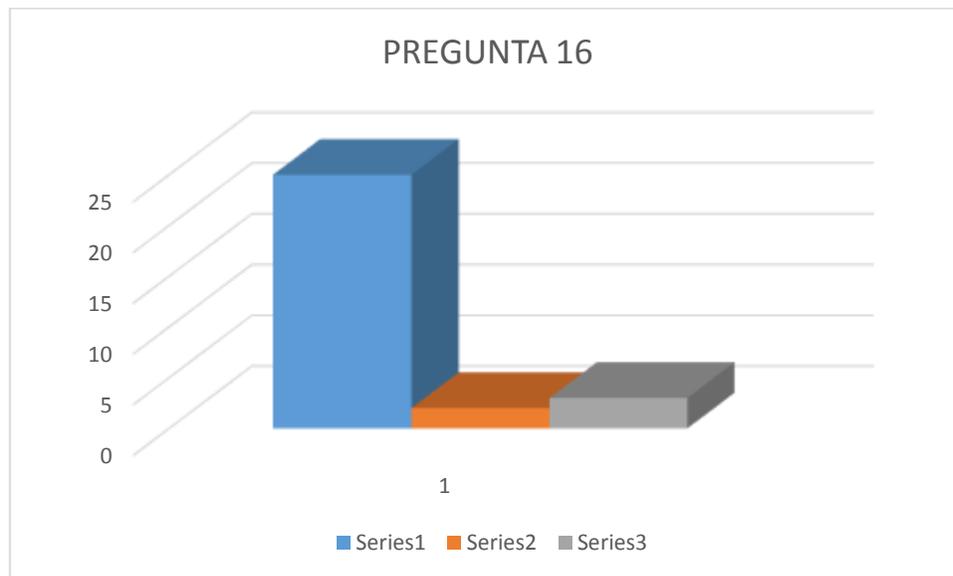


16.- ¿CREE QUE LA PÉRDIDA DE UN EMBARAZO ANEMBRIÓNICO DUELE COMO LA PÉRDIDA DE UN HIJO?

SI: 25 Respuestas

NO: 2 Respuestas

POCO: 3 Respuestas (no es tan necesario)

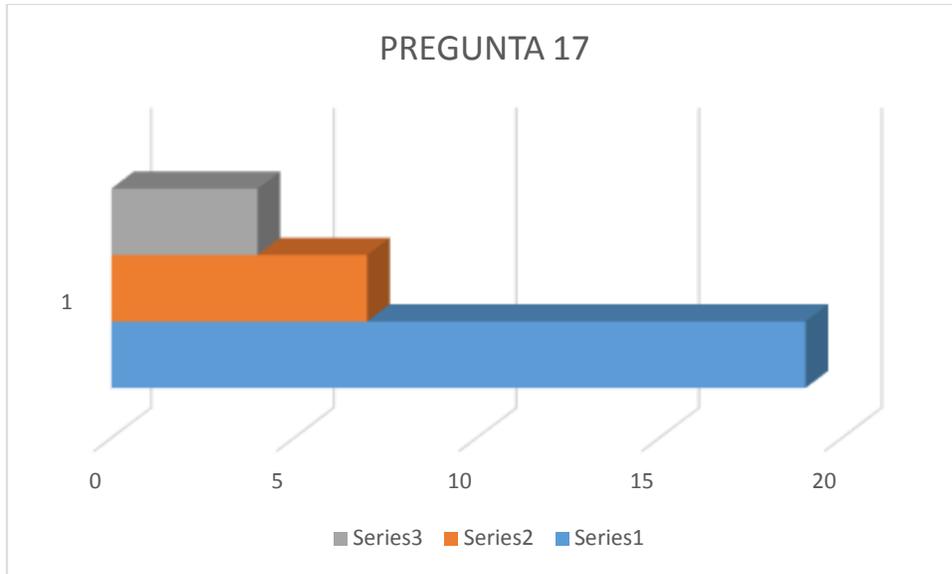


17.- ¿USTED CREE QUE LAS MADRES QUE PASAN POR ESTE PORCESO REQUIERAN ATENCIÓN PSICOLÓGICA?

SI: 19 Respuestas

NO: 7 Respuestas

Poco: 4 Respuestas (no es muy necesario)

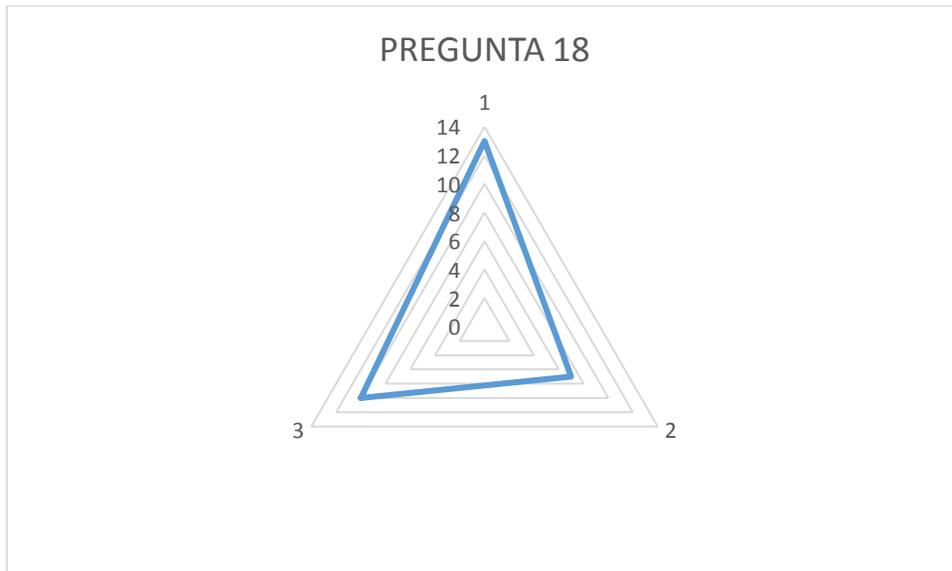


18.- ¿LA PÉRDIDA DEL EMBARAZO AFECTA A LA FAMILIA?

SI: 13 Respuestas

NO: 7 Respuestas

POCO: 10 Respuestas

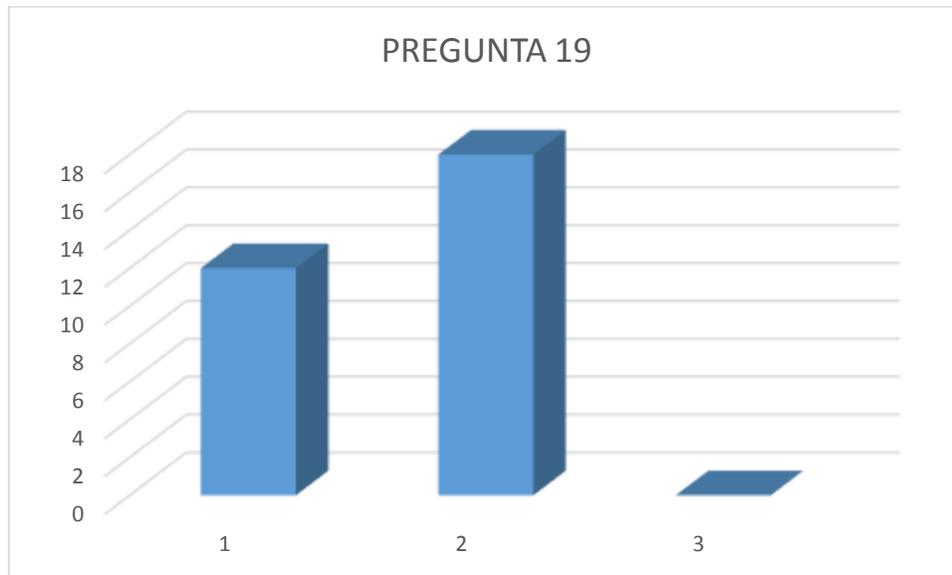


19.- ¿USTED HA TENIDO ALGUN EMBARAZO ANEMBRIÓNICO?

SI: 12 Respuestas

NO: 18 Respuestas

POCO: 0 Respuestas

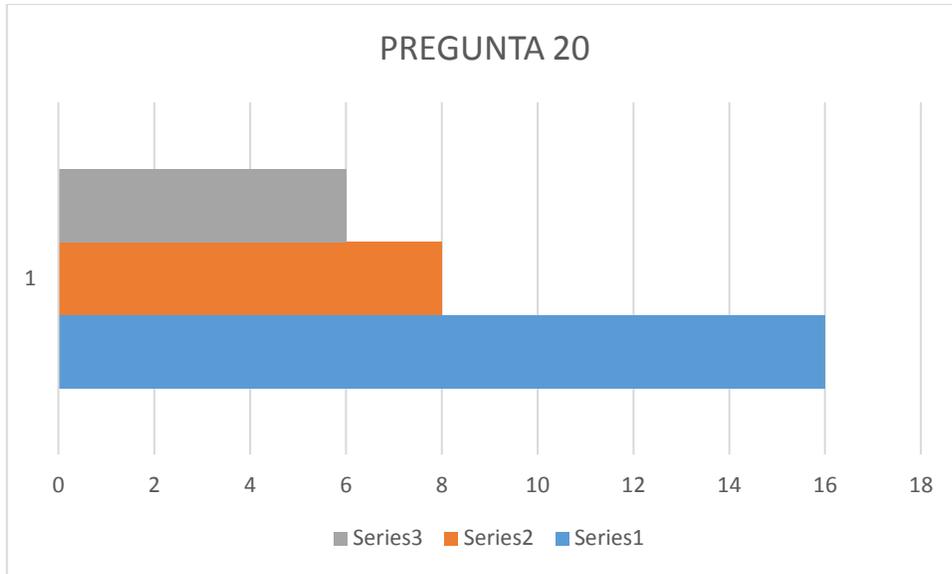


20.- ¿SI PASARA POR ESTE PORCESO, ACEPTARÍA APOYO PSICOLÓGICO?

SI: 16 Respuestas

NO: 8 Respuestas

POCO: 6 Respuestas

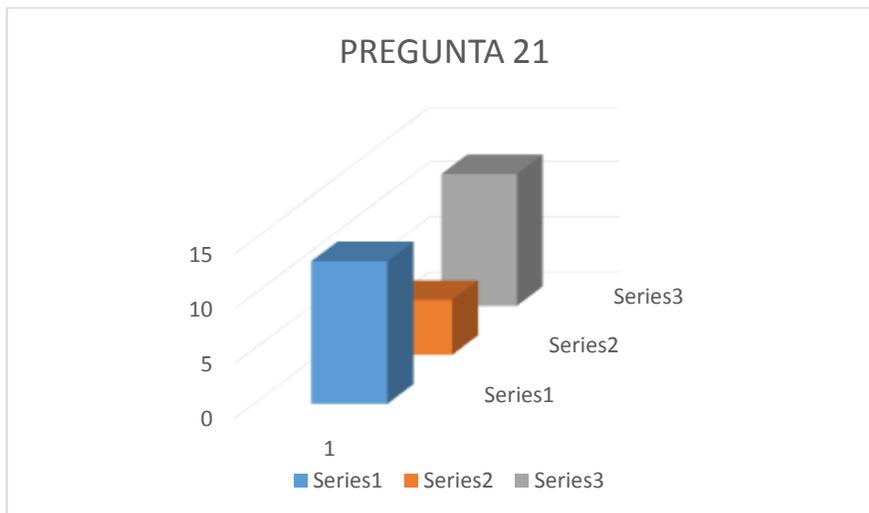


21.- ¿SE VOLVERÍA A EMBARAZAR DESPÚES DE UN EMBARZO ANEMBRIÓNICO?

SI: 13 Respuestas

NO: 5 Respuestas

POCO: 12 Respuestas (indecisas)



CAPÍTULO I

EMBARAZO

3. EMBARAZO

3.1. EMBARAZO

De acuerdo con F. Gary Cuningham (2012). La definición de embarazo es el estado fisiológico de la mujer que inicia con la unión del óvulo con el espermatozoide y termina con la concepción de un nuevo ser. Éste consta de 40-42 semanas de gestación, 9 meses lunares, dos mitades y tres trimestres.

3.2 DIAGNÓSTICO

CONCEPTO:

El diagnóstico (del griego diagnostikós, a su vez del prefijo día-, "a través", y gnosis, "conocimiento" o "apto para conocer") alude, en general, al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

En medicina, el diagnóstico o propedéutica clínica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad (el "estado de salud" también se diagnóstica).

En términos de la práctica médica, el diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.

- **SIGNOS TEMPRANOS.** Los signos más caracterizados se reducen a los órganos reproductores de la mujer como son: venas superficiales de las mamas, ingurgitación de la mama, aumento en la pigmentación y prominencia de los folículos de Montgomery.

- SÍNTOMAS TEMPRANOS. Amenorrea, náuseas, y tal vez vómito (especialmente por las mañanas) ingurgitación y dolor mamario, poliaquiuria, fatiga, estreñimiento y apetito caprichoso (antojos).
- ESTUDIOS DE LABORATORIO. Determinación de la Hormona Gonadotropina Coriónica (HGC) la cual puede ser en sangre u orina, buscando la Fracción Beta de la HGC cuantitativa y/o cualitativa.
- ESTUDIOS DE GABINETE. Ultrasonido Obstétrico.

3.3 ETAPAS DEL EMBARAZO

El embarazo está conformado por diferentes fases:

3.3.1 FECUNDACIÓN

Fase en la que se da la unión del óvulo con el espermatozoide produciendo un intercambio genético.

Este se da en el tercio externo de las Trompas de Falopio en la región de la ampulla; durante la eyaculación, el hombre deposita el semen en el fondo de la vagina, donde posteriormente pasa al proceso de licuefacción (la consistencia cambia a líquida y permite la transportación de los espermatozoides).

Los espermias llegan a las Trompas de Falopio llegando al tercio externo de la misma culminando con la fecundación donde adquiere el nombre de huevo o cigoto, e inician la división celular.

3.3.2 IMPLANTACIÓN

Esta fase inicia en el séptimo día de la fecundación, y el cigoto pasa a convertirse en blastocito, una vez implantado empieza a recibir el oxígeno y sustrato alimenticio; y es el momento en que se empieza a dar inicio la circulación materno-fetal, y por consecuencia el desarrollo del disco embrionario y posteriormente la formación de las capas embrionarias, entre las que encontramos:

- ECTODERMO. Da origen a todo el Sistema Nervioso Central (SNC) y Sistema Nervioso Periférico. La piel y sus anexos (cabello, pestañas, uñas). Las glándulas mamarias ojos y oídos.
- MESODERMO. Da origen a todo el sistema musculo-esquelético, es decir músculos, huesos, cartílagos, ligamentos, tendones, liquido sinovial, Sistema Cardiovascular y Aparato Urogenital.
- ENDODERMO. Da origen al sistema digestivo incluyendo glándulas salivales, lengua, glándula tiroides, paratiroides sistema respiratorio: pulmones, tráquea, laringe, bronquios y bronquiolos.

A medida que se desarrolla el disco embrionario se forma un hueco que dará origen a la cavidad amniótica, las membranas que envuelven al blastocito recibe el nombre de Corion y las membranas que envuelva se llaman amnios.

3.4 NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO

Una nutrición adecuada agiliza la recuperación de la madre después del parto. Las complicaciones en el embarazo como la toxemia (eclampsia y pre eclampsia), el parto prematuro y la anemia, pueden originarse de una dieta insuficiente e inadecuada.

Durante el embarazo se debe tener cuidado especial en escoger los alimentos para consumir la calidad y cantidad que realmente se necesita, sin comer el doble

como se acostumbra. No se necesitan dietas especiales, dietas restrictivas, ni eliminar el consumo de algunos alimentos por creencias o tabúes equivocados; al menos que exista alguna contraindicación médica o nutricional. En la práctica cotidiana muchas mujeres en edad fértil tiene un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, por lo cual debe haber una preocupación especial por cubrir las recomendaciones de estos alimentos. El cambio en la dieta debe por lo tanto ser más cualitativo, que cuantitativo.

- INCREMENTO DE LAS NECESIDADES DE ENERGÍAS Y PROTEÍNAS

Para una correcta educación nutricional en la mujer embarazada, es importante analizar los hábitos dietéticos previos al embarazo. Las necesidades de energía y de nutrientes de la madre aumentan durante el embarazo, como consecuencia de los cambios corporales que ocurren en su organismo y de las necesidades del bebé en formación.

La media de los requerimientos energéticos para la mujer embarazada es de 2563, mientras que la media de los requerimientos energéticos para las adolescentes oscila entre las 2200 y 2400 kcal/día.

Como el gasto energético es variable, la mejor forma de garantizar que la alimentación sea la adecuada, es un aumento de peso suficiente. La energía necesaria durante el embarazo, se obtiene principalmente de los nutrientes esenciales tales como carbohidratos y grasas, mientras las proteínas forman tejidos y órganos.

- NUTRIENTES ESENCIALES EN EL EMBARAZO

Durante el embarazo existe un incremento de las necesidades de casi todos los nutrientes respecto a una mujer de la misma edad, en una proporción variable que fluctúa entre 0 y 50%. Si bien todos los nutrientes son fundamentales para la mujer embarazada, existen algunos que por su función en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño, deben tener un cuidado especial, entre ellos:

■ Calcio

En las mujeres embarazadas y madres lactantes se recomienda una ingesta de calcio de 1200 mg/día. En las adolescentes embarazadas en etapa de crecimiento, se recomienda una ingesta de 1300 mg de calcio, Su ingesta se puede cubrir con cuatro raciones diarias de lácteos (leche, yogurt, queso o cuajada). Esta cantidad provee suficiente calcio, para lograr un desarrollo fetal normal, sin tener que utilizar las reservas óseas maternas.

Otras fuentes de calcio son los cereales integrales, leguminosas y vegetales verdes. Las embarazadas deben evitar el consumo de café, tabaco y alcohol, que interfieren el metabolismo del calcio.

Algunos estudios muestran una respuesta inversa entre el consumo de calcio y la presión arterial durante el embarazo, sin embargo, los estudios clínicos no aportan evidencias ciertas, que un mayor consumo de calcio prevenga el desarrollo de hipertensión o pre eclampsia.

■ Hierro

Los requerimientos de hierro, durante el primer trimestre del embarazo, son menores debido al cese de la menstruación. Alrededor de la semana 16 de gestación el volumen sanguíneo materno y la masa de glóbulos rojos se expanden, por esta razón, los requerimientos aumentan notablemente. La expansión del volumen sanguíneo ocurre en todas las mujeres embarazadas sanas que tienen depósitos de hierro suficientes o que son suplementadas con hierro.

En la adolescente, las necesidades de hierro son altas, debido al crecimiento de su masa muscular y del volumen sanguíneo. De hecho, la recomendación de un suplemento diario de hierro es necesaria, tanto para la mujer adulta embarazada como para la adolescente.

En las mujeres que inician la gestación con sus depósitos vacíos, esta recuperación no existirá, pero la situación se torna más grave, cuando inicia el embarazo anémica y no recibe suplementación.

En promedio, durante el segundo y tercer trimestres son necesarios cerca de 5,6 mg de hierro por día, es decir 4 veces más que en mujeres no embarazadas. Aun cuando, se tome en cuenta, el marcado aumento en la absorción de hierro durante la gestación, es imposible para la madre cubrir sus altos requerimientos con la dieta. La etapa del embarazo es un período tan especial en la vida de una mujer y su alimentación es de suma importancia, más aún si se trata de una adolescente.

La anemia por deficiencia de hierro puede tener efectos nocivos sobre la madre y su hijo/a: la mortalidad materna se incrementa en embarazadas severamente anémicas y las pérdidas de sangre del parto y la anemia incrementan los porcentajes de recién nacidos con bajo peso y prematuros.

Para prevenir la anemia y mantener los depósitos de hierro en la mujer en forma efectiva, se recomiendan las siguientes medidas que pueden ayudar:

- Aporte de hierro dietario: Consumir alimentos fuentes del mineral, que incluya alimentos facilitadores (Alimentos fuentes de vitamina C y A) y evitar el consumo de alimentos inhibidores de la absorción (Café, té, bebidas carbonatadas).
- Alimentos fortificados: Como la harina de maíz precocida y otros, junto con el consumo de alimentos fortificados especiales para embarazadas.
- Suplementación: En las embarazadas, la norma recomienda para prevenir la deficiencia de hierro, sulfato ferroso a una dosis de 60 mg por día dos veces por semana desde el inicio del embarazo. Para el tratamiento de la anemia se recomienda 60 mg de sulfato ferroso diario, desde el momento que se diagnostique la madre anémica y hasta seis meses después del parto, para asegurar que los depósitos de hierro alcancen un nivel adecuado.

■ Ácido Fólico.

Múltiples estudios han demostrado que el consumo de ácido fólico en cantidades adecuadas durante el periodo periconcepcional, desde dos meses antes del embarazo y hasta los primeros dos meses de gestación, disminuye en más de 70% el riesgo de tener un hijo con un Defecto del Tubo Neural (DTN) y de otras malformaciones congénitas, como fisuras labio palatinas, malformaciones del tracto genitourinario y defectos cardiacos.

Durante el desarrollo del sistema nervioso central, la formación y cierre del tubo neural ocurre entre los días 15 y 28 después de la concepción. Esto indica que el tubo neural se ha formado, cuando apenas, la mujer está sospechando su embarazo. Por lo tanto, cualquier medida preventiva se debe aplicar antes de la concepción. En nuestro país, nacen cada año aproximadamente 900 niños con lesiones del tubo neural y esta malformación, representa la primera causa de mortalidad infantil por defecto congénito.

Las principales fuentes alimentarias de ácido fólico son las vísceras sobretodo hígado y riñón, carne de res o de ternera, huevos, vegetales, en especial los de hojas verdes (brócoli, espinaca, berros, vainitas, etcétera), leguminosas, cereales integrales, nueces y productos de trigo entero. El organismo aprovecha 50% del ácido fólico de los alimentos, en consecuencia, sólo la mitad del folato en forma natural alcanza los tejidos. Por esta razón, es muy difícil cubrir el requerimiento solamente con la alimentación. Se recomienda en las mujeres embarazadas la suplementación de 5mg diarios de ácido fólico y a todas las mujeres que piensan embarazarse en los próximos de 3 a 6 meses.

■ Vitaminas

Las necesidades de ciertas vitaminas, como las vitaminas A y C, también se incrementan. Por esta razón, es importante aumentar el consumo de frutas enteras, vegetales crudos verdes, lácteos y consumir al menos dos veces por semana pescados, para tener una alimentación rica en estos nutrientes.

■ Ácidos grasos esenciales

Durante el embarazo es importante mantener una ingesta adecuada de ácidos grasos esenciales como el ácido linoleico (?-6) y linolénico (?-3), nutrientes que dan origen a importantes componentes de las membranas celulares y reguladores de la función cardiovascular y del tejido nervioso central fetal.

La FAO y OMS recomienda aumentar la ingesta de 3-5 en la alimentación de la mujeres embarazadas, mediante aceites vegetales ricos en soya, mayor consumo de pescado y de productos marinos y de alimentos enriquecidos con estos ácidos grasos.

Toda mujer embarazada necesita de una buena alimentación, ya que sus requerimientos nutricionales aumentan, para satisfacer las demandas del crecimiento y desarrollo del nuevo ser y para producir en cantidad suficiente la leche para alimentarlo. Si se trata de una adolescente, a lo anterior hay que añadir, la energía que ella necesita, para mantener su propio crecimiento y desarrollo. El aumento del requerimiento de algunos nutrientes como el hierro y el ácido fólico, que no se cubren con la alimentación y que es necesario suplementarlo.

RECOMENDACIONES PARA CUIDAR LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

- El éxito del embarazo y del parto, está muy relacionado con los cuidados y la alimentación que tenga la madre. Estas recomendaciones nutricionales te pueden ayudar.
- Mantenga una alimentación variada y equilibrada, ella proveerá la energía y nutrientes necesarios para la salud materna y el desarrollo y crecimiento del bebé.
- Incluye en tu menú alimentos de todos los grupos: granos, cereales, tubérculos y plátanos; hortalizas y frutas; leche, carnes y huevos; grasas y aceites y azúcares (azúcar blanca, papelón, miel) este último grupo consúmelo con moderación.

- Procure beber ocho vasos de agua o dos litros al día.
- Tome las comidas principales desayuno, almuerzo y cena, más tres meriendas diarias de frutas (enteras o licuadas) y lácteos (leche o yogurt). Así garantiza la energía y los nutrientes necesarios para el bebé.
- Recuerde que las necesidades de ciertas vitaminas y minerales como ácido fólico, hierro y calcio, se incrementan durante el embarazo. Para cubrirlas, es necesario tomar suplementos en pastillas.
- Evite el consumo de alimentos crudos como huevo, pescados, carnes, etc.
- Elimine productos dañinos, tales como alcohol (cerveza, vino u otra bebida alcohólica), cigarrillo y drogas ilícitas, especialmente perjudiciales para la embarazada y su hijo. El consumo de alcohol, causa retardo del crecimiento, anomalías oculares y articulares, retraso mental, malformaciones y abortos espontáneos.
- Disminuye o elimine el consumo de café durante el embarazo. Los estudios demuestran que la cafeína atraviesa la placenta y puede alterar la frecuencia cardíaca y la respiración del bebé.
- Recuerde lavar muy bien las frutas y vegetales que consume crudos.
- Modere el consumo de sal, recuerde que existen alimentos procesados que tienen sal, como los enlatados, embutidos, salsa, entre otros.
- Practique ejercicio, como caminar y nadar que le ayudan a mantener el pes

3.5 ALUMBRAMIENTO

3.5.1 PARTO

Del latín “partus” se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos.

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, podemos clasificar el parto por la edad gestacional (Semanas de gestación, SDG):

- Inmaduro: de las 20 a las 27 SDG

- Pretérmino: de las 28 a las 37 SDG
- Término: de las 38 a las 42 SDG
- Postérmino: a partir de las 42 SDG

La duración total del trabajo de parto es muy variable: el promedio en nulípara es de 12 a 20 h., mientras que en multíparas de 6 a 12 h.

Es muy importante hacer un diagnóstico certero de trabajo de parto verdadero y diferenciarlo de uno falso. El diagnóstico de trabajo se hace teniendo contracciones regulares y efectivas que provoquen cambios cervicales (dilatación y borramiento).

En las pacientes con un trabajo de parto verdadero es necesario establecer el momento adecuado para la admisión hospitalaria de la paciente, para lo que contamos con los siguientes criterios:

- * Contracciones uterinas regulares (2 a 4 contracciones en 10 minutos)
- * Dolor abdominal en hipogastrio
- * Cambios cervicales (borramiento >50% y dilatación de 3 a 4 cm)

ESTÁTICA FETAL: La estática fetal nos habla de cómo está orientado el feto, que relaciones guardan sus distintos segmentos entre sí y que relación guardan con la pelvis materna. Se describen 4 términos: situación, presentación, actitud y posición.

- a) Situación fetal: describe la relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre: La situación puede ser longitudinal (99%), transversa u oblicua, la cual es, en general, una situación transitoria.

- b) **Presentación:** se refiere a la parte del cuerpo fetal que se aboca al estrecho mayor de la pelvis, es capaz de llenarlo y de desencadenar un trabajo de parto. Si el feto se encuentra en situación longitudinal la presentación puede ser pélvica (2.7%) o cefálica (96.8%). Si se encuentra en situación transversa se presenta el hombro.
- c) **Actitud:** es la relación que guardan las distintas partes fetales entre ellas. Normalmente la actitud cambia a lo largo de la gestación y en los últimos meses el producto toma su actitud definitiva. Puede encontrarse en actitud indiferente, en flexión (lo más frecuente), en extensión o en hiperextensión.
- d) **Posición:** es la relación que guarda un punto específico del producto con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna. Por ejemplo, podemos tomar el dorso como referencia y decir que se encuentra con dorso a la derecha o dorso a la izquierda, como se muestra en las imágenes siguientes. **Variedad de posición:** se refiere específicamente a la relación que guarda el punto toconómico (la parte de la presentación fetal que sobresale y se puede palpar por tacto vaginal) con el lado derecho o izquierdo de la pelvis. En un parto con presentación cefálica pueden ser occipito-anterior izquierda (OAI) o derecha (OAD), occipito-posterior izquierda (OPI) o derecha (OPD) y occipito-transversa izquierda (OTI) o derecha (OTD), como se muestra a continuación:

3.5.2 CESÁREA

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.

TIPOS DE CESÁREA

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- **Primera:** Es la que se realiza por primera vez.

- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

B. Según indicaciones

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

C. Según técnica quirúrgica. 15,16,50,**

- Corporal o clásica.

- Segmento corporal (Tipo Beck).

- Segmento arciforme (Tipo Kerr)

CAPÍTULO II

ABORTO

4. ABORTO

4.1 CONCEPTO

Un aborto es la terminación espontánea o provocada (procedimiento para interrumpir un embarazo) de la gestación antes de la semana 20, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso.

En el aborto se utilizan medicinas o cirugía para retirar el embrión o el feto y la placenta del útero. El procedimiento del aborto es realizado por un médico con licencia o alguien que actúe bajo supervisión de un médico con licencia.

La decisión de interrumpir un embarazo, mediante el aborto, es muy personal. Si piensa someterse a un aborto, la mayoría de los profesionales de la salud sugieren asesoría psicológica.

4.2 CLASIFICACIÓN DE ABORTO

Existen distintos tipos de aborto. La Organización Mundial de la Salud los define de la siguiente manera:

1. Aborto espontáneo: es la pérdida del embarazo antes de que el feto sea viable. Es decir, antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero materno. La OMS considera que el feto es viable a las 22 semanas de gestación.
2. Aborto inducido: es el proceso mediante el cual se interrumpe el embarazo antes de la viabilidad fetal. Esto es, cuando hay intervención humana con el fin de interrumpir la gestación.
3. Aborto inseguro: se define como el procedimiento llevado a cabo ya sea por personas que carecen de la capacidad requerida, en un ambiente carente de estándares médicos mínimos, o en ambos casos.

Estas tres definiciones son fundamentales para ubicar al aborto no sólo como un tema médico -como es común que suceda en los manuales y en la formación profesional del personal médico-, sino también como un tema social.

En México, la mayor parte de los abortos practicados son abortos inseguros que ponen en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

Esto se debe a las condiciones de clandestinidad en que tienen lugar como consecuencia de las leyes restrictivas que existen actualmente.

Por otra parte, existe un gran desconocimiento entre la población y las instituciones médicas acerca de los casos en los que el aborto está permitido.

Esto también ocasiona que muchas mujeres que por ley tienen derecho a los servicios de aborto no reciban atención en las instituciones de salud y recurran a prácticas riesgosas de aborto clandestino.

Situaciones como ésta suceden sobre todo entre las mujeres que no tienen posibilidad de pagar el alto costo que tiene este procedimiento entre los proveedores que ofrecen servicios seguros.

En nuestro país dicho sector es mayoritario. Por ello el aborto constituye un problema complejo de salud pública y justicia social.

4.3 ABORTO ESPONTÁNEO:

Más del 80% de los abortos espontáneos se producen en las primeras 12 semanas. El 50% se debe a alguna anomalía cromosómica (Benirschke y Kaufmann, 2000).

Después del primer trimestre de embarazo, el índice de abortos disminuye.

4.3.1 FACTORES FETALES:

Hertig y Sheldon (1943), analizaron 1000 abortos espontáneos. 50% mostró degeneración o ausencia del embrión. En 50 a 60% de los embriones y fetos expulsados en forma espontánea, se aprecia alguna anomalía cromosómica. A medida que avanza el embarazo, la frecuencia de los errores cromosómicos disminuye.

El aborto manifiesto aumenta con la paridad y con la edad de los padres (Gracia, 2005; Warburton, 1964; Wilson, 1986 et al.). La frecuencia se duplica de 12% en mujeres menores de 20 años a 26% en las mayores de 40 años.

4.4 ABORTO ANEUPLOIDE:

Cerca del 95% de las anomalías cromosómicas es secundaria a algún error de la gametogénesis materna (Jacobs and Hassold, 1990).

4.5 ABORTO EUPLOIDE:

Los fetos con cromosomas normales suelen abortarse más tarde que los aneuploides. Si el 75% de los abortos aneuploides ocurrieron antes de las ocho semanas, los abortos euploides, llegaron a subsistir cerca de las 13 semanas (Kajii, 1980). La frecuencia de los abortos euploides se incrementa de manera considerable después de los 35 años de edad en la madre.

4.6 ABORTO SÉPTICO:

Tanto en abortos espontáneos como provocados, puede presentarse una infección de carácter grave (Barreto et al., 2002); Fjerstad et al., 2009). Se define como la infección del útero, pero puede afectar también a estructuras vecinas del

mismo, dando lugar a: Peritonitis, septicemia, e incluso endocarditis (Vartian y Septimus, 1991). Se observa con mayor frecuencia en mujeres que han sido sometidas a un aborto ilegal. Puede dar lugar a importante morbilidad, llegando a producir la muerte materna. Es un proceso polimicrobiano en el que los gérmenes más frecuentemente implicados son: E. Coli, Enterobáctér, Proteus, Streptococcus, Clostridium, entre otros. Como complicaciones asociadas a la septicemia: Insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada. La septicemia requiere administración inmediata de antibióticos por vía intravenosa y la evacuación uterina.

4.7 ABORTO DE REPETICIÓN:

Si una mujer ha sufrido tres o más abortos seguidos, se considera que padece abortos de repetición. Aunque la probabilidad de que se repita un aborto en una misma mujer puede ser mediada por el azar, se observó que la frecuencia que cabría esperar no es la misma, sino que aumenta a medida que se incrementa el número de abortos. En un trabajo realizado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se pudo observar que el riesgo de que se produzca un aborto después de uno, dos, tres y cuatro abortos consecutivos es del 20, el 26, el 38 y el 43%, respectivamente

4.8 ABORTO EMBARAZO ANEMBRIONARIO

Es un tipo de aborto espontáneo que se produce cuando el embrión resultante del óvulo fecundado deja de desarrollarse en una etapa muy temprana, o cuando éste no se llega a formar. Los expertos lo llaman "huevo huero", "embarazo con huevo vacío" o "saco gestacional vacío".

4.9 FACTORES DE RIESGO

Aunque hemos comentado que hay un factor genético fundamental en los abortos espontáneos, algunos factores son considerados de riesgo y, en la mayoría de los casos, evitables, por lo que recomendamos a las futuras mamás tomar medidas al respecto y así minimizar los riesgos de tener un aborto espontáneo, en

cualquier caso, esto no garantiza que no se pueda padecer uno pese a haber tomado todas las precauciones.

4.9.1 EDAD MATERNA.

El peligro de aborto aumenta a medida que se incrementa la edad materna, así que se estima que el riesgo de aborto para mujeres de entre 12 y 19 años es del 13,3% frente al 51% en mujeres de entre 40 y 44 años.

4.9.2 ESTRÉS:

Clásicamente se ha relacionado el estrés en la mujer como un factor que puede actuar de forma negativa sobre la gestación. En un estudio prospectivo sobre 336 mujeres en las cuales se determinó el estrés, mediante tres diferentes tests y la determinación de cortisol sanguíneo, no se observó que el estrés incrementara el riesgo de aborto espontáneo.

4.9.3 TABACO:

Existen estudios que relacionan el consumo de tabaco como un factor de riesgo de aborto, mientras que otros discuten la metodología de los mismos y no confirman esta asociación entre el consumo de tabaco y el aborto espontáneo. El tabaquismo se ha vinculado con un mayor riesgo de padecer abortos (Kline et al., 1980). Dos estudios sugieren que el riesgo de padecer un aborto aumenta de manera lineal según el número de cigarrillos que la mujer fuma (Armstrong et al., 1992; Chatenoud et al., 1998). Estudios subsecuentes no han demostrado esta relación (Maconochie, 2007; Rasch, 2003; Wisborg, 2003 et al.). El tabaco produce vasoconstricción.

4.9.4 ALCOHOL:

Existen indicios en estudios realizados sobre un número amplio de gestantes con embarazo único (24.679 mujeres) acerca de que el alcohol puede incrementar el riesgo de aborto espontáneo. El consumo de alcohol se asocia con aborto espontáneo y con teratogenicidad (retraso mental, microcefalia, hipoplasia de la región facial media, defectos renales y cardíacos). El consumo de alcohol provoca tanto abortos espontáneos como anomalías fetales (Floyd et al., 1999).

4.9.5 DROGAS Y FACTORES AMBIENTALES:

Se ha observado que diversas sustancias aumentan la frecuencia de aborto: Citotóxicos, meta análisis (Dranitsaris et al., 2005), plomo, óxido de etileno, etc.)

4.9.6 CAUSAS OVULARES:

Anomalías cromosómicas, anomalías genéticas, alteraciones del desarrollo del embrión y de la placenta.

4.9.7 CAUSAS UTERINAS:

Malformaciones, posiciones anómalas, insuficiencia cervical, miomas, sinequias intrauterinas, defectos uterinos, causas inmunológicas (lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido), trombofilias.

4.9.8 CAUSAS ENDOCRINAS:

Hipotiroidismo, diabetes, insuficiencia de la fase lútea (producción insuficiente de progesterona por el cuerpo lúteo puede dar lugar a un aborto precoz.)

4.9.9 OTRAS CAUSAS:

Infecciones, traumatismos, amniocentesis, cirugías (entre las intervenciones más frecuentes se destacan la apendicetomía y la cirugía ovárica por la presencia de quistes).

4.10 RIESGO DE INFECCIÓN:

Los abortos ilegales y los abortos incompletos que no recibían atención se infectaban por bacterias vaginales que en otras situaciones no causaban infección. Este problema disminuyó una vez que se legalizó el aborto. Sin embargo, los Centers for Disease Control and Prevention publicaron cuatro muertes por abortos médicos a causa de síndrome de choque tóxico por *Clostridium Sordellii*. Fischer et al. (2005) describieron estas infecciones con el cuadro clínico, que empezó una semana después del aborto médico inducido. Cohen et al. (2007) han publicado otros cuatro casos, dos por *C. Sordellii* y dos por *C. Perfringens*, tras abortos inducidos o espontáneos. Dos de ellos fueron mortales. Daif et al. (2009) describieron un caso de fascitis necrosante y síndrome de choque tóxico originado por estreptococos del grupo A, después de un aborto médico electivo.

CAPITULO III

EMBARAZO ANEMBRIÓNICO

5. EMBARAZO ANEMBRIÓNICO

5.1 CONCEPTO

- Un embarazo anembriónico, también conocido como huevo huero, es aquel donde del embrión sólo desarrolla el saco embrionario. Se caracteriza por un saco gestacional de apariencia normal, pero con ausencia de embrión. Lo más habitual es que se produzca tras la muerte del embrión que va acompañada del desarrollo del trofoblasto. Es una de las causas de aborto espontáneo.

5.2 DESARROLLO EMBRIONARIO NORMAL

Tras producirse la fecundación entre el óvulo y el espermatozoide se forma un embrión que multiplica sus células hasta llegar al estadio de blastocisto, el cual tiene una capa periférica de células que conforman el trofoectodermo, y un pequeño conglomerado de células llamada masa celular interna.

Una vez el blastocisto se ha implantado en el útero, el trofoectodermo dará lugar a la placenta, y la masa celular interna a los discos embrionarios que formarán el feto. Es el proceso conocido como gastrulación.

5.3 ¿POR QUÉ SE PRODUCE EL EMBARAZO ANEMBRIONADO?

Cuando las células de los discos embrionarios no se desarrollan correctamente, no se da inicio a la especialización de las células y formación de los tejidos, y se produce lo que se conoce como huevo huero. De esta forma, las capas celulares que forman la bolsa gestacional siguen creciendo por un tiempo indeterminado y secretan gonadotropina coriónica humana (hCG). Por eso, el test de gestación seguirá siendo positivo en ausencia del embrión.

5.4 CAUSAS

- División anormal de células
- Alteraciones cromosómicas: trisomías autosómicas, monosomía X y poliploides

- Edad de la madre
- Instituto de Pediatría de la Universidad de Pekín (China) asocia el embarazo anembrionario con niveles bajos de ácido fólico y vitamina B o K en la gestante.

5.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS

- La no localización de la vesícula vitelina es un signo de embarazo anembrionado.
- Ausencia de síntomas de embarazo aunque el estudio de laboratorio de positivo a la Hormona Gonadotropina Coriónica (HGC) Fracción Beta

5.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del embarazo puede realizarse en las diferentes etapas. Si en ninguna de éstas se localiza el embrión, nos encontramos con un embarazo anembriónico.

El saco gestacional es la primera estructura que puede ser visible por ecografía transvaginal en la cuarta y quinta semana de gestación.

La vesícula vitelina es una estructura proveniente del embrión que se puede observar en el interior del saco gestacional por ecografía transvaginal 2-3 días después de visualizarse éste.

Entre la semana 7 y 12 de embarazo es posible escuchar el latido cardiaco del feto con una ecografía de ultrasonidos, también llamada eco-doppler.

Finalmente, la visualización de la vesícula vitelina por ecografía pélvica de ultrasonido confirma definitivamente que hay embarazo.

Además de la ecografía, se comprobará la ausencia de síntomas de embarazo y el nivel de las hormonas para realizar un diagnóstico definitivo. Si éste empieza a disminuir significa que el embarazo ha sido interrumpido.

En el embarazo anembrionado, el test beta HCG da positivo porque esta hormona es producida por las capas celulares del saco gestacional, aunque no haya embrión.

5.7 CONSECUENCIAS

La principal consecuencia para la paciente es la pérdida del embarazo, ya sea por:

- Aborto natural, produciéndose la expulsión y sangrado vaginal.
- Legrado después del diagnóstico por ecografía.
- Una vez que se ha comprobado la ausencia de estructuras embrionarias, no tiene sentido que el saco gestacional vacío permanezca en el interior del útero de la mujer, pues las células degeneran y las sustancias tóxicas que producen pueden dar lugar a serias alteraciones en la salud. El aborto es, por tanto, la única solución posible para estas pacientes, con el consecuente estudio genético del producto extraído.
- Así como la atención psicológica para la madre y familia.

5.8 CUIDADOS

Según la Asociación Americana del embarazo, es muy poco probable que el embarazo anembrionario se produzca más de una vez en la misma mujer.

Los médicos suelen recomendar esperar al menos 1- 3 ciclos menstruales regulares antes de intentar concebir de nuevo después de cualquier tipo de aborto involuntario. Aunque la Organización Mundial de la Salud, considera que el tiempo de espera para intentar un nuevo embarazo debe ser de 6 meses.

A pesar de que nunca existió un feto, la mujer puede sentir que realmente ha perdido a su bebé. Es posible, que en estos casos necesite un tiempo mayor para recuperarse a nivel psicológico y volver a intentar quedar embarazada.

5.9 SUPERAR EL EMBARAZO ANEMBRIÓNICO

El inicio del embarazo se asocia a sentimientos muy fuertes, como la alegría de saber que una nueva vida se está formando o la preocupación de la pareja por influir positivamente para que todo marche según lo esperado. Este último factor revela que hombre y mujer están acostumbrados a tener control de toda situación en su vida, por lo que llega a ser inevitable que alguno, sobre todo ella, piense que si algo sale mal durante el proceso de gestación es por su culpa.

Pero un embarazo anembrionado no es culpa de la pareja ni puede evitarse con los mejores cuidados o el mejor médico del mundo; es producto de un proceso natural que tiene por objeto lograr el nacimiento de seres humanos capacitados para enfrentar al mundo y sus retos.

A pesar de que una pérdida siempre se asocia a una reacción de duelo y depresión, es importante comprender las causas del aborto retenido para evitar que el dolor se convierta en rechazo o ira hacia el médico tratante o la pareja.

Lo mejor que se puede hacer es manejar la angustia, darse la oportunidad de asimilar la situación y enfocarse en que el embarazo anembrionario y el legrado uterino no significan infertilidad.

Las mujeres que han pasado por este trance enfrentan con temor la idea de concebir hijos, pero con el tiempo mejora su situación gracias a la confianza y ayuda de su pareja, del médico y, ocasionalmente, de un psicólogo. Entonces reemprenden medidas que favorecen una gestación sana (como alimentación variada rica en frutas y verduras, ejercicio y erradicación de hábitos como fumar y beber alcohol), lográndola en aproximadamente 90% de los casos, en cuanto el ginecólogo o ginecobstetra lo autoriza.

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTOS

6. TRATAMIENTOS

6.1 TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO

Por lo general, el propio cuerpo de la mujer puede expulsar el saco gestacional. Sin embargo, en ocasiones el médico puede aconsejar utilizar medicación para expulsarlo o bien, recurrir a un raspado uterino para eliminar por completo todo los tejidos relacionados con el embarazo anembrionario.

Los efectos secundarios son poco probables, pero en algunos casos, la mujer puede presentar una hemorragia que requiera una transfusión de sangre o infecciones que pueden ser tratadas con antibióticos.

Según la Asociación Americana del embarazo, es muy poco probable que el embarazo anembrionario se produzca más de una vez en la misma mujer.

Los médicos suelen recomendar esperar al menos 1- 3 ciclos menstruales regulares antes de intentar concebir de nuevo después de cualquier tipo de aborto involuntario. Aunque la Organización Mundial de la Salud, considera que el tiempo de espera para intentar un nuevo embarazo debe ser de 6 meses.

A pesar de que nunca existió un feto, la mujer puede sentir que realmente ha perdido a su bebé. Es posible, que en estos casos necesite un tiempo mayor para recuperarse a nivel psicológico y volver a intentar quedar embarazada.

El aborto espontáneo puede ocurrir naturalmente o puede requerir tratamiento con medicamentos o procedimientos especiales.

Dentro de los tratamientos que se realizan son los que a continuación se mencionaran:

6.1.1 LEGRADO

El legrado es una técnica empleada por los ginecólogos, que consiste en el raspado o curetaje de las paredes interiores del útero, con el fin de extraer y recoger la capa mucosa llamada endometrio.

- ¿Para qué se realiza el legrado?

El legrado tiene dos finalidades principales: coger muestras del endometrio para analizarlas o vaciar el interior del útero. De forma más concreta podemos decir que el legrado se lleva a cabo en las siguientes situaciones:

Diagnosticar un cáncer de útero: el cáncer de endometrio no es de los cánceres más frecuentes en la mujer, pero aun así no es raro en las mujeres maduras una vez alcanzada la menopausia. El legrado permite analizar el endometrio para ver si hay signos de malignidad o no, pero no constituye el tratamiento del cáncer si finalmente se detecta.

Extraer el contenido del útero después de un aborto espontáneo: desgraciadamente, en ocasiones el embrión muere durante el transcurso de un embarazo. Si éste se expulsa completamente se llama aborto completo, pero si queda dentro del útero se llama aborto retenido. En estos casos hay que extraer el embrión y sus anejos antes de que se produzca una infección interna o dé otras complicaciones.

El legrado es suficiente para embarazos interrumpidos hasta los tres meses; después puede ser necesario utilizar otras técnicas más agresivas.

- Tratamiento de menstruaciones abundantes: se dan casos de mujeres cuyas menstruaciones son más abundantes de lo normal. En este caso el legrado puede realizarse para analizar el endometrio en busca de anomalías que

expliquen esta situación, pero también puede ser útil como tratamiento en sí mismo, ya que puede eliminar la causa (un mioma, por ejemplo).

- Tratamiento de los períodos menstruales irregulares: es decir, el legrado puede servir para tratar los sangrados vaginales fuera del período menstrual. Al igual que el tratamiento de las menstruaciones abundantes, el legrado serviría para analizar el endometrio, y en ocasiones además solucionaría la causa de estos sangrados. Además, el asa de curetaje detiene las hemorragias al cauterizar los vasos con calor.
- Realizar abortos provocados o terapéuticos: una de las formas de interrumpir un embarazo en el primer trimestre es la realización de un legrado que permita extraer el embrión junto con el resto del endometrio. Este legrado se lleva a cabo ya sea por voluntad de la propia embarazada, porque su salud esté en peligro, o porque el futuro feto no va a poder desarrollarse.
- Incrustación del DIU: una de las complicaciones de los dispositivos intrauterinos (DIU) es que con el tiempo se queden incrustados en las paredes internas del útero, siendo imposible extraerlos directamente. En estas situaciones se realiza un legrado previo para eliminar el endometrio que retiene el DIU.
- Tratamiento de los miomas y los pólipos endometriales: los miomas y los pólipos son crecimientos anormales del endometrio o del músculo uterino que se desarrollan hacia dentro de la cavidad uterina. En ocasiones dan complicaciones (abortos espontáneos, esterilidad, menstruaciones abundantes...) y deben ser eliminados por medio de un legrado

El análisis para prevenir el cáncer de endometrio precoz: no se recomienda realizar esta prueba a todas las mujeres (al contrario que la mamografía, por ejemplo), pero en ciertas situaciones se debe proceder a realizarla, ya que puede detectar el cáncer de endometrio cuando todavía es fácil de solucionar. Las situaciones más características se dan después de la menopausia y son: sangrados anormales en mujeres que siguen tratamiento hormonal, sangrados irregulares y crecimiento del espesor del endometrio detectado por una ecografía transvaginal.

6.1.1.1: PARTES DEL LEGRADO

- **DILATACIÓN**
 - La dilatación consiste en ampliar la entrada al útero para poder meter en su interior los instrumentos necesarios para realizar el curetaje. Para ello, el ginecólogo introduce pequeños cilindros metálicos a través del cuello uterino o cérvix; estos cilindros cada vez son más anchos, de manera que agrandan el cérvix poco a poco hasta que se consigue un tamaño adecuado para introducir los instrumentos apropiados para el curetaje.

- **CURATAJE**
 - El curetaje consiste en introducir dentro del útero una varilla con un mango que el ginecólogo puede agarrar desde fuera, y que tiene en su extremo una pequeña asa delgada que permite raspar la superficie de la cavidad uterina, extrayendo así el endometrio, que se saca poco a poco a través del mismo cuello uterino. En la actualidad este asa tiene dos mejoras que antiguamente no existían. En primer lugar, la varilla tiene incorporada una cámara que, aunque no es esencial, permite dirigir mejor el raspado haciendo que sea más efectivo y con menos complicaciones. En segundo lugar, el asa tiene la capacidad de calentarse, de forma que a la vez que raspa la superficie uterina puede coagular las heridas evitando el sangrado.

Durante todo este proceso, el ginecólogo mantiene en el cérvix un pequeño instrumento, llamado espéculo, que permite mantener el cuello del útero abierto. En general, el proceso dura solamente 15 minutos.

¿Se necesita alguna preparación previa para someterse a un legrado?

El legrado se puede realizar en un hospital o en una clínica, y además la anestesia puede ser general o local dependiendo de la paciente y sus características. En cualquier caso, la mujer que vaya a realizarse un legrado no necesita una preparación especial.

Tan sólo sería necesaria la preparación rutinaria de las cirugías, aunque no se trate estrictamente de una operación quirúrgica. Para ello la paciente tendrá que:

- Realizarse un análisis de sangre previo para observar su estado de salud general (descartar anemias, trastornos de la coagulación, etcétera).
- Someterse a una exploración ginecológica con una ecografía transvaginal para comprobar que el legrado podrá llevarse a cabo sin problemas.
- No comer ni beber ocho horas antes en el caso de que se vaya a realizar el legrado bajo anestesia general.
- No tomar medicamentos la semana de antes sin que se los haya indicado el médico. Incluso una sola aspirina puede alterar la coagulación de la sangre.

6.1.1.2 CUIDADOS POST LEGRADO

Tras un legrado la mujer puede volver a realizar sus actividades cotidianas e incorporarse al trabajo tan pronto como se encuentre bien, pudiendo ser ese mismo

día incluso. Es normal que durante las 24 horas posteriores sufra algún dolor cólico abdominal, en la pelvis, o incluso localizado en la espalda, que puede aliviarse tomando los analgésicos habituales. También es normal tener algún sangrado vaginal las dos semanas posteriores al legrado.

Hay que tener especial cuidado con las mujeres a las que se les practica un legrado tras un aborto, porque el impacto emocional puede ser demasiado intenso y pueden llegar a necesitar apoyo psicológico.

El ciclo menstrual vuelve a instaurarse con normalidad entre dos y seis semanas después de la intervención, pero a pesar de tener sangrados vaginales durante las dos semanas posteriores al legrado, la ovulación puede producirse antes, y es necesario tenerlo en cuenta para usar el método anticonceptivo que se desee.

De todas maneras, no se recomienda tener relaciones sexuales durante los 10-14 días posteriores al legrado. Tampoco se recomienda utilizar tampones, realizar duchas vaginales ni bañarse (sólo ducharse) durante ese período. Se debe evitar, además, realizar ejercicio físico intenso.

Después del legrado hay síntomas que deben alertar a la mujer de que algo no va bien y por los que debe acudir al centro médico más cercano cuanto antes. Los más importantes son la fiebre, los calambres, los cólicos muy intensos, el flujo vaginal con mal olor, los sangrados abundantes con coágulos y los mareos.

6.1.2 TRATAMIENTO PARA LA FECUNDACIÓN DE UN NUEVO PRODUCTO

Un aborto natural es una pérdida del embarazo de forma espontánea 20 semanas antes y, por desgracia, es algo muy común en las mujeres. De un 10 % a 25 % de los embarazos terminan en aborto natural y, como consecuencia, es posible que las mujeres se sientan ansiosas, tristes y confundidas al tratar de embarazarse de nuevo. La causa más común del aborto natural es una anomalía cromosómica y

es poco probable que vuelva a suceder. La mayoría de las mujeres que pasan por un aborto natural después llevan un embarazo y parto saludable, siempre y cuando no presenten factores de riesgo graves, y menos del 5 % de las mujeres tienen dos abortos consecutivos.

Espera de uno a dos meses antes de concebir de nuevo. Puede ser muy difícil lidiar con tus emociones después de un aborto natural y tal vez quieras embarazarte de nuevo lo más pronto posible para seguir adelante. Algunas mujeres se sienten vacías y quieren llenar ese vacío tratando de embarazarse de nuevo algunos días o semanas después del aborto. Sin embargo, se recomienda darle al cuerpo tiempo para recuperarse y descanso al esperar al menos de uno a dos meses, o dos ciclos menstruales, para embarazarse de nuevo.

Físicamente, te tomará solo de unas horas a unos días recuperarte del embarazo y tu menstruación regresará de cuatro a seis semanas. No obstante, es importante que no apresures el proceso de la pérdida y que te tomes un poco de tiempo para aceptar tu pérdida.

Algunos profesionales de la salud recomiendan esperar seis meses antes de concebir, pero ninguna investigación ha comprobado que sea necesario esperar tanto tiempo para concebir después de un aborto. Si eres sana, has tenido al menos una menstruación después del aborto y estás lista para concebir, no es necesario que esperes tanto.

Descarta cualquier problema de salud o complicación causada por el aborto. Habla con tu doctor sobre cualquier riesgo o complicación que pueda haber causado el aborto.

Algunas mujeres pueden experimentar un embarazo molar, que es un tumor no canceroso que se desarrolla en el útero. Esto ocurre cuando la placenta se convierte en una masa anormal de quistes y previene un embarazo viable. Si has pasado por un embarazo molar, se recomienda que esperes de seis meses a un año para concebir de nuevo.

Si has sufrido un aborto por un embarazo ectópico o si has tenido un embarazo ectópico anteriormente, tu doctor examinará las trompas de Falopio para asegurarse de que ninguna de ellas esté bloqueada ni dañada. Si has bloqueado o dañado una trompa de Falopio, puede aumentar tu riesgo de pasar por otro embarazo ectópico.

Habla con tu doctor sobre los posibles riesgos si tienes dos o más abortos naturales. Las mujeres que han tenido más de un aborto en su vida deben pasar por una prueba antes de tratar de embarazarse de nuevo para determinar si sufren de alguna enfermedad.

El doctor puede realizarte las siguientes pruebas:

- Una prueba de factores hormonales. El doctor evaluará tu nivel de tiroides y posiblemente tus niveles de prolactina y progesterona. Si son anormales, el doctor te brindará un tratamiento y después te volverá a evaluar una fecha más tarde para revisar tus niveles.
- Un histerosalpingograma. Este examen se realiza para revisar la forma y el tamaño de tu útero y cualquier cicatrización en él, así como los pólipos, fibroides o el septo. Ellos pueden afectar la implantación de otro óvulo durante la fecundación in vitro, así que es importante evaluar tu útero para descartar estos problemas. El doctor también te puede realizar una histeroscopia en tu cavidad uterina, que es un examen que se realiza con una camarita por medio de tu cuello uterino.
- Otras posibles pruebas incluyen una prueba de sangre o incluso una prueba de ADN para la pareja o un ultrasonido.

Sométete a una prueba y trata cualquier infección. Para asegurarte de tener un embarazo sin problemas después de un aborto natural, debes someterte a una prueba para descartar infecciones como ITS y tratar cualquier enfermedad antes de concebir de nuevo. Ciertas infecciones pueden aumentar tu riesgo de otro aborto, incluidas las siguientes:

- Clamidia. Es una infección de transmisión sexual (ITS) que por lo general no presenta síntomas. Si es posible que tú o tu pareja estén infectados, sométanse a una prueba y traten cualquier problema antes de tratar de embarazarte.
- Infecciones en tu útero o vagina. El doctor puede realizarte pruebas para descartar cualquier infección en esas áreas y brindarte un tratamiento.
- Listeria. Esta infección es causada por consumir queso o leche sin pasteurizar.
- Toxoplasmosis. Esta infección se contrae por medio de las frutas, verduras y carnes sucias. Siempre debes cocinar la carne por completo y lavar todas las frutas y ensaladas frescas. Usa guantes cuando limpies las bandejas de los gatos y cuando trabajes en el jardín, ya que los gatos llevan esa infección en su estómago.
- Parvovirus. Es una infección viral. Puede causar un aborto, aunque la mayoría de las mujeres que están infectadas pueden llevar un embarazo normal.

Mantén una dieta bien equilibrada y un peso saludable. Para reducir tu riesgo de otro aborto natural, debes comer una dieta bien equilibrada que contenga los cuatro grupos alimenticios: frutas y verduras, proteínas, productos lácteos y granos.

Asegúrate de que tu dieta diaria consista de cinco porciones de fruta fresca o congelada, 170 gr (6 onzas) o menos de proteínas como la carne, el pescado, los huevos, la soya, el queso de soya, tres o cuatro porciones de verduras frescas o congeladas, de seis a ocho porciones de granos como el pan, el arroz, la pasta y las hojuelas de maíz, y dos o tres porciones de productos lácteos como el yogur y los quesos duros.

También es importante que mantengas un peso saludable según tu edad y contextura. No debes tener bajo peso ni tener sobrepeso. Puedes calcular tu índice de masa corporal (IMC) con una calculadora del IMC en línea y determinar cuántas calorías diarias debes consumir para mantener un peso saludable.

Haz ejercicios a diario, pero no realices actividades intensas. Cuando te recuperes de un aborto natural, es importante que no realices ejercicios intensos y te concentres en actividades ligeras, como las caminatas, el yoga o la meditación.

Mantener una rutina de ejercicios diarios te mantendrá sana y con energía. También puede asegurarte de que tu cuerpo esté en excelentes condiciones para concebir de nuevo.

Hacer ejercicios ligeros como el yoga también puede ayudarte a reducir el estrés o la ansiedad que tal vez experimentes por un aborto. Es fundamental que controles el estrés para mantenerte sana y lista para un embarazo.

Toma vitaminas prenatales a diario y suplementos de ácido fólico. Mantener una dieta bien equilibrada y un peso saludable por medio de ejercicios le brindará a tu cuerpo muchos nutrientes y minerales esenciales. Sin embargo, las vitaminas y suplementos como el ácido fólico han demostrado disminuir el riesgo de un aborto

y tener un bebé prematuro o pequeño para su edad gestacional. Habla con tu doctor sobre cualquier suplemento de ácido fólico que te ayude a recuperarte de un aborto.

Los suplementos de ácido fólico pueden ayudar a reducir el riesgo de defectos del tubo neural, como la espina bífida, en la que la médula espinal de tu bebé no se desarrolla con normalidad. Una vez que te embaraces, te recetarán suplementos de ácido fólico de forma gratuita.

Reduce tu consumo de alcohol, cafeína y cigarrillos. Las investigaciones han demostrado que tomar bebidas alcohólicas, fumar y consumir café puede aumentar tu riesgo de un aborto natural.

Limita tu consumo o deja de consumir bebidas alcohólicas. Las mujeres que toman bebidas alcohólicas todos los días o más de 14 veces por semana corren un mayor riesgo de sufrir un aborto natural. Solo toma alcohol dos veces por semana o no lo tomes en absoluto cuando trates de quedarte embarazada. Si tu pareja toma bastante alcohol, esto puede reducir la cantidad y calidad de su esperma.

Mantente segura y fuma menos o deja de hacerlo cuando trates de concebir.

Se les indica a las embarazadas que deben limitar su consumo de cafeína a 200 mg al día o a dos tazas de café al día. Recuerda que la cafeína también se puede encontrar en el té verde, las bebidas energizantes y algunos refrescos. Es posible que algunos remedios contra la gripe y el chocolate también tengan cafeína. Reduce tu consumo de cafeína, en especial cuando intentes concebir.

No tomes ningún medicamento, a menos que sea necesario. A menos que tu doctor te recomiende ciertos medicamentos para tratar una infección u otro problema de salud, debes evitar todos los medicamentos cuando trates de embarazarte. No tomes medicamentos de venta libre, así como remedios de hierbas. Los remedios de hierbas no están comprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), así que siempre debes consultar con tu doctor antes de tomar cualquier remedio de hierbas o medicamento.

Si estás tomando medicamentos por una infección, espera hasta que hayas completado el tratamiento de antibióticos y la infección haya desaparecido para poder concebir.

Si estás tomando medicamentos por un embarazo ectópico, espera tres meses después del tratamiento de metotrexato para embarazarte.

Si estás recibiendo un tratamiento para combatir una enfermedad o infección, espera hasta haberlo terminado antes de concebir.

6.2 TRATAMIENTO PSICOLOGICO

6.2.1 CONCEPTO

El duelo aunque se defina como una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido, objeto o acontecimiento significativo, es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano hemos de afrontar casi todos los seres humanos. En las escalas de Reajuste Social de Holmes & Rahe y Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy, & Dohrenwend, la muerte del hijo/a y la del cónyuge, son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona.

6.2.2 PORCENTAJE

Para conocer la magnitud del problema, y a modo orientativo, podemos seguir el análisis que realiza el Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya. Especialistas en Medicina Familiar afirman que en una consulta “tipo” de atención primaria con unos 2000 usuarios, habrá unas 104 personas en duelo “activo”. Duelo que durará aproximadamente unos tres años.

6.2.3 CONSECUENCIAS

Son muchas las consecuencias que conlleva y de las que, a veces, no somos conscientes:

- El duelo es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante momento a momento y un evento variable de persona a persona y entre familias, culturas y sociedades.
- Está relacionado con la aparición de problemas de salud: depresión; Ansiedad generalizada o crisis de angustia durante el primer año; aumento del abuso de alcohol y fármacos.
- La pérdida por consecuencia de un aborto entre la 0-28 SDG u óbito posterior a las 28 SDG, así como la muerte del Recién Nacido.

Entre un 10-34 % de los dolientes desarrollan un duelo patológico.

- Aumenta el riesgo de muerte por eventos cardíacos y suicidio.
- Necesidad de apoyo sanitario, llegando a aumentar hasta un 80% entre los dolientes

6.2.4 DUELO EN LA PÉRDIDA DEL HIJO

La muerte de un hijo está considerada como una pérdida inconcebible e insuperable. Resulta una idea aberrante, como si de algún modo la ley natural estableciera que los padres deben morir antes que los hijos.

Esta creencia está profundamente extendida en nuestra sociedad, hasta el punto de que no existe un nombre que designe a aquellos que han perdido a un hijo: huérfano es quien ha perdido a un progenitor, viudo es quien perdió a un cónyuge, pero no existe una palabra ni una expresión que recoja el estado en que queda una persona cuando pierde a un hijo, precisamente por eso, porque no entra dentro de nuestros esquemas mentales. Es tan dolorosa, tan dura y tan desconcertante que en nuestro lenguaje no tiene nombre.

6.2.5 LA NEGACIÓN

A pesar de todo, sabemos que el ser humano puede morir desde el mismo momento de la concepción, ya que esa es precisamente la única certeza de la que disponemos como individuos: que vamos a morir. Mueren bebés recién nacidos, infantes, niños, adolescentes. Cualquier persona que está viva puede morir.

El problema es que nuestra sociedad se esconde frente a los avances médicos, los avances tecnológicos, el desarrollo de las infraestructuras y global. Desde ahí nos sentimos poderosos e invulnerables frente a la muerte. Entonces, cobijados en esta creencia, empezamos a creer que la muerte es sólo algo que les ocurre a los viejos, o a gente muy enferma, o a gente muy imprudente que corre con el coche

6.2.6 LA CULPABILIDAD

Ojalá existiera alguna manera de blindarse ante la muerte, ya sea no hablando de ella o siendo prudente, pero también los prudentes mueren. Y eso es lo que lleva a mucha gente a creer que la pérdida de un hijo nunca puede ser elaborada o superada, como si fuese ilegítimo o deshonroso sobrevivir a la muerte de un hijo y seguir viviendo.

Se lo hemos escuchado decir a psiquiatras, amigos, pacientes, periodistas... es una creencia profundamente arraigada en nuestro entorno. Y esa es tal vez una de las posibles hipótesis que nos permiten entender por qué se complica este tipo de duelo, ya que mientras un doliente crea que no debe o no es legítimo sobrevivir a la muerte de un hijo y volver a ser feliz, mientras ese pensamiento persista, ningún tratamiento será eficaz, independientemente de la ayuda psicológica que reciba.

6.2.7 LOS DUELOS MÁS COMPLICADOS

Como ya hemos mencionado en artículos anteriores, el 90% de las personas que experimentan la pérdida de un ser querido atravesará un duelo sano. Sólo alrededor del 10% de los duelos se complican, por la intervención de diversos factores.

En nuestra experiencia clínica, las estadísticas que encontramos muestran además otra tendencia: que los duelos más complicados no son los que se deben a la muerte de un hijo, sino que los que más se complican son aquellos que se producen por muerte de un progenitor. Esto puede parecer un hecho incoherente o sin sentido, pero es así.

6.2.8 COMPLICACIÓN DEL DUELO

Una posible respuesta a esta pregunta es que, detrás del duelo no resuelto o cronificado, esté esa idea preconcebida de que un padre no debe sobrevivir a un hijo, que un padre o una madre no tienen derecho a volver a ser feliz después de una pérdida así. Quizás por esto muchos de los padres que han sobrevivido a la muerte de un hijo y lo han superado experimentan un cierto pudor.

Otra posibilidad es que al duelo por la muerte de un hijo se le sumen bloqueos o vacíos que el hijo llenaba; o que la pérdida haya sido muy traumática; o que en ese momento no tenga espacio en el esquema mental de la persona que vive la pérdida la muerte. Porque, en principio, la pérdida de un hijo se puede superar.

6.2.9 ¿HAY DUELO DESPUÉS DE UN ABORTO?

En el aborto, como en toda pérdida, debe realizarse un proceso de duelo, pero en este caso particular, se considera que es complicado sino no se cuenta con el apoyo social (familia, pareja o amigos) o con el acompañamiento psicológico, pues las mujeres que abortan sufren una serie de sentimientos que obstaculizan la elaboración del duelo, tales como la negación, la culpa, la represión, etc. Las cuales, en varias ocasiones, son reforzadas por la sociedad, al rechazar a estas mujeres como dolientes de una pérdida que no es reconocida como importante y, por el hecho de que las señalen como las asesinas de su propio hijo, lo cual implica un aumento de la culpabilidad.

Pero estos sentimientos obstaculizadores y, el proceso de duelo como tal, varían de acuerdo a que el aborto sea natural o inducido. Entonces, veremos algunos de los sentimientos y comportamientos que caracterizan a las mujeres que

sufren esos tipos de aborto y cuáles son las implicaciones que tienen en la obstrucción del proceso de duelo.

EL ABORTO NATURAL ES, SIN DUDA ALGUNA, UNA CRISIS VITAL Y UNA PÉRDIDA QUE MERECE SU PROCESO DE DUELO.

Un tercio de los embarazos no llegan a término. El aborto natural es natural, forma parte del proceso vital reproductivo, como la semilla de una planta que no germina. Pero el reconocer que el aborto es una circunstancia normal y bastante extendida, no cambia el dolor, ni debería servir para reducir su importancia para la mujer que pasa este proceso.

6.2.10 AYUDA PSICOLÓGICA PARA SUPERAR UN ABORTO

En estos casos no tengo la más mínima duda que sería necesario que se les ofreciera no solamente un trato cariñoso, delicado, consciente del dolor emocional, sino también, sucedido el aborto, que esta atención psicológica fuera protocolaria pero bien orientada.

Cuando el aborto es más temprano la pena existe igualmente pero parece que, al ser una pérdida temprana, hubiera que negarlo y seguir con la vida como si nada hubiera pasado. No creo que eso sea sano, incluso si la mujer rumia sola su dolor, incluso si es capaz de negárselo a sí misma.

La depresión postparto es raramente reconocida por las mismas madres. Yo, que sufrí una, a tarde mucho en entender que lo que me pasaba no era normal y mucho más en sanar. Si se tratase de una depresión por un aborto temprano, al que nadie reconoce como merecedor de tanta pena, me puedo suponer que ser capaz de reconocer que se necesita ayuda es todavía más complicado.

En principio, creo que sería conveniente ofrecer a las mujeres que tienen un aborto natural, por protocolo, una orientación general sobre el proceso de duelo y explicarles cómo y cuándo reconocer que necesitan esa ayuda psicológica si la rechazasen mantener en esa primera entrevista.

Luego, programando las consultas posteriores, que el profesional, aunque sea el ginecólogo, quien le pueda ayudar a reconocer si su estado emocional es bueno, si puede necesitar ayuda.

CAPÍTULO V

CASO CLÍNICO

7. CASO CLÍNICO

7.1 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

En esta tesis el caso presentado es el personal. Mi nombre es María de Lourdes Rivera Rodríguez de 28 años de edad quien en mi 4º gesta en el año 2015-2016 presente un embarazo anembrionario, teniendo 3 gestas anteriores (para 2, aborto 1, cesárea 0) donde conté con 2 citas de atención prenatal y el envié a especialidad por presentar dolor en el bajo vientre, ingresando al Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General Regional N°1, el 11 de Enero de 2016 con un promedio de 9.1 SDG por Fecha de Última Menstruación, presentando dolor hipogástrico tipo cólico y sangrado transvaginal, en donde se corroboró un Embarazo Anembrionario, practicándome un Legrado Uterino Instrumentado Hemostático.

Durante este período se me indicó el ácido fólico 5mg diarios, 2 ultrasonidos y estudios de laboratorio correspondientes, se me envía a trabajo social y estomatología preventiva.

Para la complementación del caso clínico se anexa la siguiente documentación médica para conocimiento más a fondo del mismo.

7.2 IMAGEN DE ENVÍO A ESPECIALIDADES

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL <small>SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS</small>		NSS: 5302-77-0893 A. MED.: 2F19890R NOMBRE DEL PACIENTE MARIA DE LOURDES RIVERA RODRIGUEZ CURP: RIRLE90718MMNV0R05 DELEGACIÓN: MICHOACÁN UNIDAD: UMF NO. 80 CVE PTAL. 170325252110 CONSULTORIO: 15 TURNO: MATUTINO			
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS REFERENCIA- CONTRARREFERENCIA					
Fecha de solicitud de envío:		Miércoles, 30 de Diciembre del 2015			
ESTATURA	PESO	TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
1.52m	70.0kg	36.0°C	110.0mmHg/70.0	latidos/min	resp/min
Tipo de Referencia:		Ordinaria		Ocasión de servicio: Primera vez	
Unidad a la que se envía:		Hospital General Regional No. 1		Delegación a la que se envía: Michoacán	
Unidad que envía:		UMF No. 80		Delegación de la que se envía: Michoacán	
Especialidad a la que se envía:		Gineco obstetrico		Consultorio al que se envía:	
Fecha y hora de la cita de referencia:					
Diagnóstico:			Complemento de Dx.:		
Embarazo con antecedente de aborto, Subsecuente.					
Otros Dx.:					
Enfermedades Crónicas:					
Resumen Clínico:					
Alergias:					
Motivo de envío:					
Tratamiento especializado					
Información Adicional:					
PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD CON GESTA 4 PARA 2 C 0 A1 CON ANTECEDENTE DE HABER PRESENTADO DOLOR EN BAJO VIENTRE PRESENTA ULTRASONID CON HEMATOMA SUBCORIONICO					
Nombre y firma del médico		Cédula Profesional	Matricula	Nombre y firma del médico que autoriza	
SANDRA LILIA LOPEZ ESTANUA		3985574	99179479	GABRIEL RAMIREZ GONZALEZ	

25/01/16
10:00 Hs.
OP 70 1er piso

sello vigencia



412145139



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (OTROS DATOS CLÍNICOS)

30/12/2015

INTERROGATORIO

Vías Urinarias: Sin datos patológicos. **Cervicovaginales:** Sin datos patológicos. **Otros:**

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Vías Urinarias: **Cervicovaginales:** **Otros:**

EXPLORACIÓN

Vías Urinarias: **Cervicovaginales:** **Otros:**

DIAGNÓSTICO: Embarazo con antecedentes de aborto, Subsecuente

TRATAMIENTO:

DIETA HIPOSODICA SE ORIENTA SOBRE AUTOMONITORIO DE SINTOMAS DE ALARMA OBSTETRICA DOLOR CONTRACCIONES UTERINAS EDEMA DISTAL FALTA DE MOTILIDAD FETAL SINTOMAS URINARIOS CERVICOVAGINALES NEUROLÓGICOS AUMENTO DE LA CITA DATOS DE PREELAMPSIA O SUFRIMIENTO FETAL AGUDO ACUDIR A URGENCIAS DE GD EN CHARO SE PROMUEVE PP PARTO EITÓSICO CITA 8 DÍAS CE/PP O PP/A URGENCIAS

ENVÍO A OTRO NIVEL DE ATENCIÓN:

Hospital General Regional No. 1, Gineco obstetricia. MOTIVO DEL ENVÍO: . (Información adicional) PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAO CON GESTA 4 PARA 2 C O AL CON ANTECEDENTES DE HABER PRESENTADO DOLOR EN BAJO VIENTRE PRESENTA ULTRASONIDO CON HEMATOMA SUBCORIONICO

RIESGO OBST. 0.0

MATRÍCULA 09176479

MÉDICO: SANDRA LILIA LOPEZ ESTRADA

27/12/2015

INTERROGATORIO

Vías Urinarias: Sin datos patológicos. **Cervicovaginales:** Sin datos patológicos. **Otros:**

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Vías Urinarias: **Cervicovaginales:** **Otros:**

EXPLORACIÓN

Vías Urinarias: **Cervicovaginales:** **Otros:**

DIAGNÓSTICO: Embarazo normal Primera Vez

TRATAMIENTO:

Receta Individual. Acido folico tableta cada tableta contiene: acido folico 5 mg envase con 20 tabletas. 3 Caja(s). 1.0 Tableta (s) CADA 24 hora(s) DURANTE 30 Día(s).

Cita abierta informada datos de alarma obstetrica alarma obstetrica se envia a servicios se solicita prenatales

ENVÍO A OTRO NIVEL DE ATENCIÓN: NO

ESTUDIOS DE RX:

GRUPO O REGIÓN	ESTUDIO
Ultrasonografía	Ultrasonido

SOLICITUD DE LABORATORIO:

ÁREA	ESTUDIO
Inmunología	VBT
Inmunología	Anticuerpos contra VIH (eHSA)
Química clínica	Glicosa
Orina	Examen general de orina
Hematología oculológica	(Biometría de rutina) Citología hemática de rutina
Inmunohematología	Grupo sanguíneo a b o

SOLICITUD UMF (4.30.200):

TIPO	OCASIÓN	SERVICIO	MOTIVO
Ordinaria	Primera Vez	Estomatología preventiva	SE ENVIA EMBARAZADA
Ordinaria	Primera Vez	Trabajo social	SE ENVIA A GRUPO DE EMBARAZO

RIESGO OBST. 0.0

MATRÍCULA 8717354

MÉDICO: MARTIN MARTINEZ OJEDA

7.4 RESUMEN DEL PRIMER ULTRASONIDO



Nombre de la paciente: Maria De Lourdes Rivera Rodriguez.
Edad: 26 años.
Fecha: 29 de Diciembre del 2015.
Medico solicitante: A quien corresponda.

Ultrasonido Obstétrico

Se realiza estudio con equipo de tiempo real con transductor convexo de alta resolución donde se observa:

Vejiga:

Con adecuada repleción fisiológica, de forma y situación normal, de contorno externo normal bien delimitado y un contorno interno bien definido.

Útero:

Muestra forma, contornos y ecotextura normales, se encuentra en posición de anteflexión, línea media, central sus diámetros aumentados los cuales son: 64 x 64 x 63 mm en longitudinal, anteroposterior y transversal respectivamente.

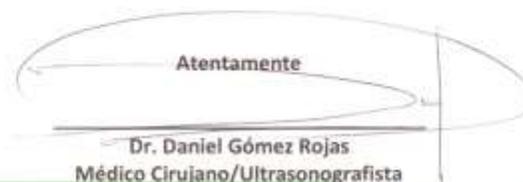
A nivel de cavidad uterina bien implantado, tercio superior región de fondo uterino se delimita imagen que sugiere ser saco gestacional de forma ovoidea, de aspecto anecoico, con halo hiperecogenico de contornos normales, con diámetros 16 mm en sentido longitudinal respectivamente.

Aun no se observa saco vitelino secundario ni placa embrionaria.

Presenta reacción decidual completa y heterogénea, observando imagen hipocogenica irregular a nivel subcorionico, con grosor aproximado de 20 mm.

Conclusión:

- Colección líquida de aspecto sacular sugestiva de saco gestacional el cual de acuerdo a sus medidas corresponde a un embarazo de 5.5 semanas, no observando partes embrionarias en su interior en el momento del estudio, mas imagen compatible con hematoma subcorionico al momento del estudio.
- Se sugiere repetir estudio en dos semanas para corroborar vitalidad embrionaria.



NOTA: Los resultados pueden variar por factores tales como alimentación, medicación, etc. En todos los casos, correlacione los datos clínicos con los resultados de laboratorio y deben ser siempre interpretados por su médico.



7.4.1

PRIMER

ULTRASONIDO



Salud Digna Para Todos IAP RIVERA RODRIGUEZ, MARIA NI 0.8 Tls 0.4 RAB1-8
29/12/15 09:20:50 ADM Edad 26 09w5d LMP

Origen LMP	LMP 29/10/2015	BBT	GA 66w0d	EDOs(LMP) 04/09/2015
Feta A/I	CUR Barton-Bald		EDOCUM 29/08/2016	
PosFeta	PLAC	Medico		Página 1/1

Medidas del modo B

Ediparametro	15.72 mm	16.61	22.82	Procc. Bartd	5w30-4w0d
--------------	----------	-------	-------	--------------	-----------

7.5 RESUMEN DEL SEGUNDO ULTRASONIDO



Nombre de la paciente: María De Lourdes Rivera Rodriguez.
Edad: 26 años.
Fecha: 11 de Enero del 2016.
Medico solicitante: A quien corresponda.

Ultrasonido Obstétrico

Se realiza estudio con equipo de tiempo real con transductor convexo de alta resolución donde se observa:

Vejiga:

Con buena distensión por contenido urinario sin defectos de llenado y sin compresiones extrínsecas.

Útero:

Muestra forma, contornos y ecotextura normales, se encuentra en posición de anteflexión central sus diámetros aumentados los cuales son: 110 x 75 x 69 longitudinal, anteroposterior y transversal, respectivamente.

Saco gestacional:

Se localiza a nivel del cuerpo uterino, con un diámetro de 18 mm lo que corresponde aproximadamente a 6.0 semanas de gestación.

Aun no se observa saco vitelino secundario ni placa embrionaria.

Se visualiza adecuada reacción decidual, sin colecciones perisaculares al momento del estudio.

Conclusión:

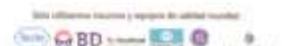
- ✓ Colección líquida de aspecto sacular sugestiva de saco gestacional el cual de acuerdo a sus medidas corresponde a un embarazo de aproximadamente 6.0 semanas, aun no se observan partes embrionarias en su interior al momento del estudio, se sugiere descartar probable embarazo anembrionario.
- ✓ Se sugiere realizar estudio ultrasonográfico transvaginal para apoyo diagnóstico y valoración por Ginecología.

Atentamente

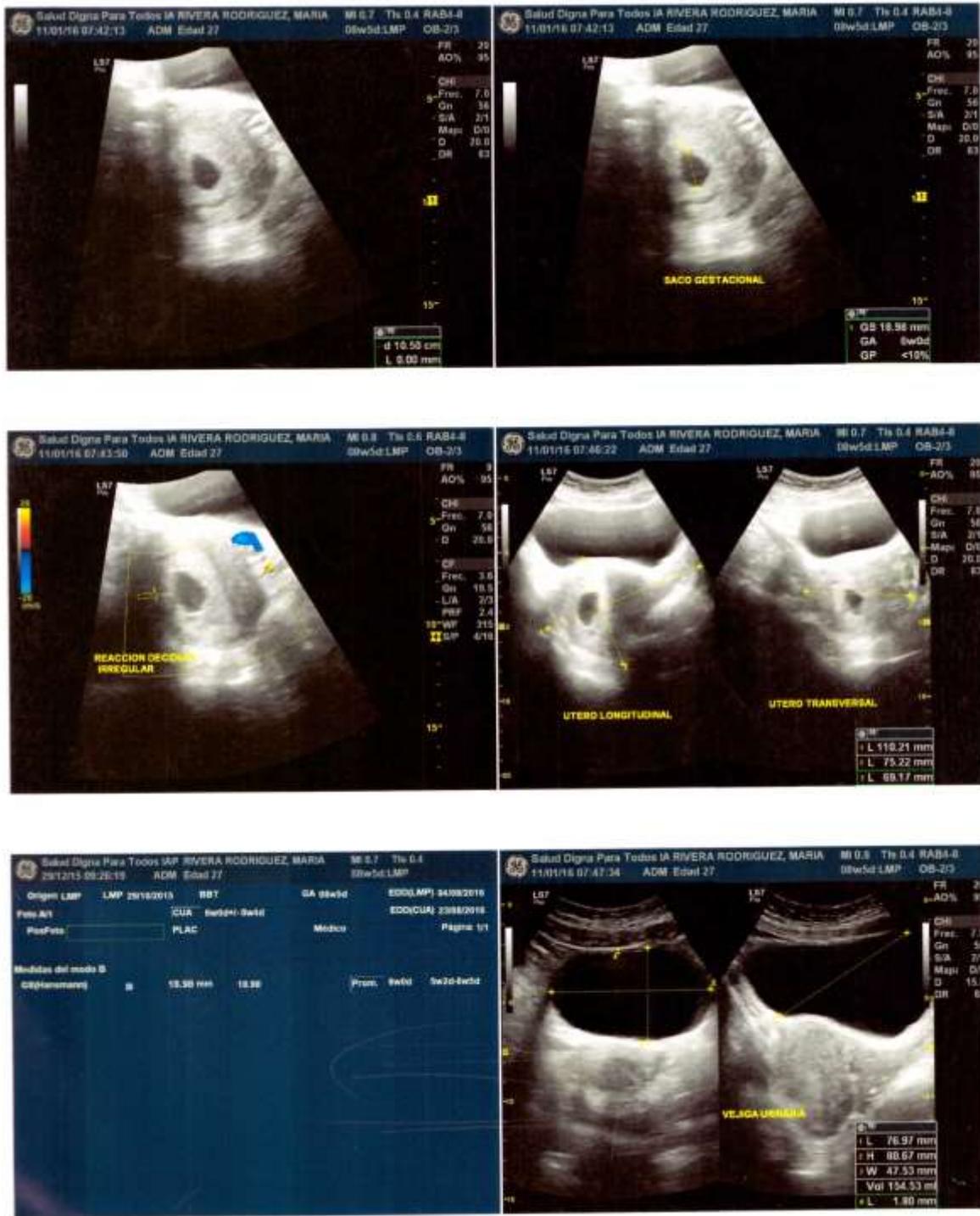
Dr. Daniel Gómez Rojas
Médico Cirujano/Ultrasonografista
Cédula Prof. 8599490

NOTA: Los resultados pueden variar por factores tales como alimentación, medicamentos, ejercicio entre otros. Es necesario correlacionar los datos clínicos con los resultados de laboratorio y deben ser siempre interpretados por el médico.

www.salud-digna.org



7.5.1 SEGUNDO ULTRASONIDO



7.6 RESUMEN CLÍNICO DEL LEGRADO REALIZADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1
NOTA DE ALTA

RIVERA RODRIGUEZ MA DE LOURDES
53027708832F890R

- FECHA DE INGRESO: 11/01/16
- FECHA DE EGRESO: 12/01/16
- DIAGNOSTICO DE INGRESO: EMBARAZO ANEMBRIÓNICO
- DIAGNOSTICO DE EGRESO: EMBARAZO ANEMBRIÓNICO RESUELTO

- MPF: DIU

RESUMEN CLINICO

PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD G4 P2 A2 LA CUAL INGRESA POR PRESENTAR SANGRADO TRANSVAGINAL DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN, INGRESANDO EL 11.01.16 POR PRESENTAR DOLOR EN HIPOGÁSTRIO TIPO COLICO, SE REALIZA USG DE RASTREO REPORTANDO SACO VACÍO, IRREGULAR, SIN REACCIÓN DECIDUAL, CON ABORTO PREVIO, POR LO QUE SE INGRESA A QUIRÓFANO PARA REALIZARLE LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO HEMOSTÁTICO SIN COMPLICACIONES.

ACTUALMENTE SE REFIERE ASINTOMÁTICA POR LO QUE SE OTORGA ALTA DEL SERVICIO.

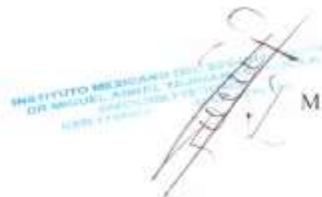
TA: 110/70 mmHg TEMP: 36.5 C FR: 20 X MIN FC: 70 X MIN

A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE ENCUENTRA EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, NEUROLOGICAMENTE INTEGRAL, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS, BUENA COLORACIÓN E HIDRATACIÓN MUCOTEGUMENTARIA, NORMOCEFALO, CARDIORESPIRATORIO SIN COMPROMISO, ABDOMEN BLANDO, PLANO Y DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, AL TACTO VAGINAL CON SANGRADO ESCASO.

MOTIVO DE EGRESO: MEJORA CLÍNICA

ALTA DEL SERVICIO CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

1. ALTA A SU DOMICILIO
2. CITA ABIERTA A URGENCIAS EN CASO DE DOLOR, FIEBRE, SANGRADO
3. NO REALIZAR EJERCICIO FÍSICO EXSTENUANTE, EVITAR CARGAR OBJETOS PESADOS Y ABSTINENCIA SEXUAL POR 15 DÍAS
4. CITA PRIMERA VEZ A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PARA PROTOCOLO QUIRÚRGICO
5. REALIZAR ESTUDIOS SOLICITADOS PREVIO A LA CITA DE GINECOLOGÍA.
6. ACUDIR A SU UMF EN 30 DÍAS PARA REVISIÓN DE DIU.



MB GYO
MIP DURAN/VAZQUEZ

Han pasado después de mi aborto por embarazo anembriónico 1 año 6 meses y emocionalmente no me encuentro bien, ha sido difícil superar la pérdida tanto para mí, como para mi esposo y mis hijos; haciendo énfasis que tenía un aborto previo a este embarazo por causa desconocida, es por la cual, en este ciclo escolar en el que me reincorporo a terminar mis estudios profesionales y al escoger el tema de tesis, decidí trabajar conmigo misma y buscar ayuda profesional, analizando que no seré la única madre que pase por este dolor por lo cual es mi tema de tesis.

7.7 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Y la mejor forma de explicar lo que es, lo que se vive y el daño que este ocasiona es presentando la vivencia personal. En la actualidad me encuentro en tratamiento psicológico y en la décima sesión, en la que he trabajado con mi psicóloga y poco a poco he ido superando esta pérdida viviendo el duelo que se requiere en el proceso de aceptación.

CAPÍTULO VI

ATENCIÓN DE

ENFERMERÍA

8. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

8.1 DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr a los objetivos de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990)

8.2 COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO

- "Definición: Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares"
- "Características definitorias: Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar".
- "Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable". Estos solo se enuncian en los diagnósticos enfermeros de riesgo.
- "Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales, tienen factores relacionados"

8.3 CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

1. Diagnósticos de riesgo

Las enfermeras siempre han sido responsables de identificar a las personas, familias y comunidades en riesgo y protegerlos del mismo. Un diagnóstico de riesgo “describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Se sustenta en los factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad”.

2. Diagnósticos de promoción de la salud

Un diagnóstico de promoción de la salud es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio.

Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de acuerdo con la persona, familia o comunidad para asegurar al máximo su capacidad para alcanzar los resultados deseados.

3. Diagnóstico enfermero de salud o de bienestar

Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se sustenta en características definitorias. Como en todos los diagnósticos, se identifican resultados sensibles a la intervención enfermera e intervenciones enfermeras que proporcionen una alta probabilidad de alcanzarlos.

4. Diagnóstico enfermero real

Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones claves o inferencias relacionadas.

5. Síndrome: "Grupo de signos y síntomas que aparecen juntos".

8.4 FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

En su libro *The Nature of Nursing (La Naturaleza de la Enfermería)* publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.

El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

"La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible".

8.4.1 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ABORTON (VIRGINIA HENDERSON)

Es necesario identificar las fases del proceso en el que atraviesa tanto la madre como la familia ante la pérdida de un integrante de la familia en espera de llegar y así poder realizar un diagnóstico de enfermería para llevar nuestro Proceso de Atención de Enfermería basado en los diagnósticos del NANDA las cuales son:

- Fase de choque e incredulidad
- Fase de nostalgia y búsqueda
- Fase de desorganización
- Fase de organización

8.4.2 OBJETIVOS

GENERAL: conocer las necesidades de la mujer en el proceso de aborto espontáneo con el fin de poder brindar unos cuidados y un apoyo emocional de calidad.

ESPECÍFICOS:

- Proponer un plan estandarizado para los profesionales sanitarios acerca de los cuidados que se deben de llevar a cabo durante el proceso.
- Detectar precozmente las posibles complicaciones que pudieran aparecer en el proceso de aborto, con el fin de instaurar el tratamiento adecuado, mediante planes de cuidados individualizados.
- Acompañar y ofrecer apoyo psicológico continuo a la pareja y familia

8.4.3 esquema sobre los cuidados de PAE de acuerdo a los Diagnósticos del Manual de Enfermería NANDA

DOMINIO	DIAGNOSTICO	NOC/RESULTADOS	NIC/INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
Dominio 4: actividad/reposo.	000198 Deterioro de patrón de sueño r/c pérdida del feto m/p despertarse más de 3 veces en la noche, insomnio, quejas verbales de no sentirse bien descansada, y disminución de la capacidad para funcionar.	0003 Descanso	1850 Mejorar el sueño 5330 Control del humor	<ul style="list-style-type: none"> ● Observar el esquema y número de horas de sueño. ● Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia-sueño. ● Vigilar la función cognoscitiva. ● Ayudar al paciente a controlar el humor.
		1204 Equilibrio emocional		
Dominio 8: sexualidad.	000059 Riesgo de disfunción sexual r/c miedo a un nuevo aborto espontaneo.	0119 Funcionamiento sexual	5248 Asesoramiento sexual	<ul style="list-style-type: none"> ● Animar al paciente a manifestar los miedos. ● Presentarle al paciente modelos de rol positivos que hayan superado con éxito un problema similar. ● Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción del paciente de los factores causales de la enfermedad.
Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés.	000069 Afrontamiento individual inefectivo r/c vulnerabilidad personal m/p trastorno del sueño, cambio en los patrones de comunicación habituales y falta de conductas orientadas a la resolución de objetivos y problemas.	1302 Afrontamiento de problemas	5240 Asesoramiento 5230 Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar información objetiva. ● Favorecer la expresión de sentimientos. ● Disponer de un ambiente de aceptación. ● Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés.	0000146 Ansiedad r/c proceso de aborto espontaneo m/p inquietud, preocupación, miedo de consecuencias inespecificas, desesperanza dolorosa y creciente, aumento de la FC, TA, y FR.	1402 Autocontrol ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. ● Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. ● Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo
		1211 Nivel de ansiedad		
Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés.	000136 Riesgo de duelo anticipado r/c pérdida de feto.	1304 Resolución de la aflicción	5290 Facilitar el duelo	<ul style="list-style-type: none"> ● Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. ● Fomentar la identificación de los miedos respecto de la pérdida. ● Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas.
Dominio 12: confort.	000132 Dolor agudo r/c contracciones uterinas y/o intervención quirúrgica m/p posición antiálgica, conducta de defensa, llanto, cambios en la respiración y pulso	1605 Control del dolor	2380 Manejo de la medicación 1400 Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica/protocolo. ● Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse. ● Realizar una valoración exhaustiva del dolor ● Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.

8.5 TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA. ELIZABETH OREM

8.5.1 EL AUTOCUIDADO

"El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular

los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- EJEMPLO
 - Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
 - Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
 - Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
 - Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
 - Equilibrio entre actividades y descanso.
 - Equilibrio entre soledad y la comunicación social, Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
 - Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO:

Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos:

- Vida intrauterina y nacimiento

- Neonato
- Lactancia
- Infancia, adolescencia, adulto joven
- Edad adulta
- Embarazo (adolescente o adulto)

REQUISITOS de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando éste está seriamente afectado...la capacidad de acción desarrollada o en desarrollante dañada de forma permanente o temporal...también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio.

8.5.2 TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO

Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

8.5.3 TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- La enfermera sufre al individuo:
- Realiza el Cuidado Terapéutico del Paciente

- Compensa la incapacidad del Paciente para realizar su Autocuidado
- Apoya y protege al Paciente

SISTEMA DE ENFERMERÍA PARCIALMENTE COMPENSADORES

- El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Realiza algunas de las medidas de Autocuidado por el Paciente
- Compensa las limitaciones del Paciente para realizar su Autocuidado
- Ayuda al Paciente en lo que necesite
- Regula la acción del Autocuidado.
- Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera.
- Regula la acción de Autocuidado. Realiza algunas de las medidas de Autocuidado.

SISTEMA DE ENFERMERÍA APOYO-EDUCACIÓN

- La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado
- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del Crecimiento, Maduración y Desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de Enfermedad o lesiones.
- Promoción del bienestar.
- Apoyo de los procesos Físicos, Psicológicos y Sociales esenciales.
- Mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano.
- Desarrollo pleno del potencial humano.
- Prevención de lesiones o enfermedades
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada).
- Curar o regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada)

CONCLUSIÓN

Al realizar esta tesis me he dado cuenta que no estaba completamente sana, ya que se había dado solución a mi problema físico-biológico pero no estaba curada mi área psicológica, durante este tiempo de tratamiento psicológico he podido vivir el duelo de mis dos abortos y poco a poco sanar.

He logrado adquirir el conocimiento y las herramientas necesarias para así poder dar la atención de enfermería a las mujeres y a la familia que sufren el proceso en sus diferentes etapas.

Se conoció la frecuencia con que se presenta un embarazo anembriónico y la problemática que ésta, causa de forma psicológica a las madres que pasan por este proceso, así como a la familia entera. Por el cual se realiza el plan de PAE (Proceso de atención de enfermería) basado en los Diagnósticos del libro de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para dar los cuidados correspondientes a la paciente y la reincorporación a su vida cotidiana y el trabajo en conjunto con la familia para recuperar la salud psicológica y sentimental.

El haber presentado el caso clínico, como personal de enfermería, me da la pauta para así saber los puntos deficientes de la atención a una paciente durante el inicio, transcurso y la resolución del aborto, en el tratamiento médico-quirúrgico, y los momentos de la intervención de una Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

El vivir esta experiencia dolorosa, me enseñó del lado humano entender a las pacientes que atraviesan por la pérdida de su bebé, ser empático y tener las herramientas para ayudarlas a encontrar la paz; y como enfermera ver mis deficiencias en la atención que proporciono en ejercicio de la profesión.

Ya que me da el conocimiento de cómo me hubiera gustado o como necesitaba la ayuda del profesional de salud para superar mi dolor. Es de gran importancia, hacer énfasis que no solo se necesita de la preparación teórica para proporcionar

la atención al paciente, sino que también es de base fundamental, tener la preparación humanista, para en cada actividad, impregnar nuestras acciones de calidez humana, valores, sentimientos y una ética profesional.

Agradezco a todas las mujeres que con su aportación se logró dar a conocer la frecuencia con el que se da un embarazo anembriónico, les agradezco de todo corazón el abrir sus recuerdos; compartir sus experiencias y vivencia durante su pérdida y ser parte de este trabajo de investigación.

Es de suma importancia, saber que esto no solo fue un tema de tesis, sino para hacer conciencia y recibir atención psicológica para todas las mujeres que hemos pasado por dolora pérdida, y que tiene una intención más profunda, y en lo personal, ser un profesional con ética; y que esta experiencia que pude vivir de ambos enfoques o situaciones, me ayudará en el resto de mi vida para tener la calidad moral en todos los aspectos, y no juzgar al desvalido o al que sufre, sino al contrario proporcionar mi mano como un apoyo para su pronta recuperación.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA

* F. Gary Cunningham y otros: (2012). Williams Obstetricia (21ª.ed.). México: Editorial Médica Panamericana.

- Larry C. Gilstrap y otros: (2014). Urgencias en salas de partos y obstetricia quirúrgica (2ª.ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Roger P. Smith. (2015). Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. México Editorial Masson.
- 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.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente. IMSS-088-08, ER- Evidencias y Recomendaciones, IMSS-088-08, RR- Guía de Referencia Rápida.

* OBSTETRICIA DE WILLIAMS (22ª ED.) (EN PAPEL)

F. GARY CUNNINGHAM , 2010

Encuadernación: Tapa blanda

Editorial: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO

Lengua: CASTELLANO

ISBN: 9789701054826

- Especificaciones

Autor Alligood Raile. Martha

Categoría Enfermería

Editorial ELSEVIER

Año 2011

Edición 7a

Idioma Español

ISBN 9788480867160

- Autor Castro González. María del Carmen

Categoría Tanatología

Editorial Trillas

Año 2016

Edición 2da

Idioma Español

- M. Àngels Claramunt, Mónica Álvarez, Rosa Jové y Emilio Santos. 2009. La Cuna Vacía. Editorial La Esfera de los Libros. Madrid. España.
- Isabel Bohorquez De Grisanti. 2006. Cuando Dios parece injusto. Editorial Claretana. Buenos Aires. Argentin
- Pacheco Arce Ana Laura, García Piña María Aurora Edita: ENEO-UNAM
2006, 295 pp., 21 x 28 cm
ISBN: 970-32-3615-4
- Edición en español de la séptima edición de la obra original en inglés
Nursing Theorists and Their Work
Copyright © MMX by Mosby, an affiliate of Elsevier Inc.
Revisión científica
Míriam Rodríguez Monforte
Profesora Asociada de Enfermería Básica Aplicada, de Enfermería
Comunitaria y de Seminario Profesionalizador,

Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Universitat Ramon Llull,
Barcelona
© 2011 Elsevier España, S.L.
Travessera de Gràcia, 17-21
08021 Barcelona (España)

- Modelos y Teóricas de Enfermería
Formato: EPUB - DRM
Editorial: S.A. ELSEVIER ESPAÑA
Lengua: CASTELLANO
Año edición: 2011
ISBN: 9788480865197
- R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México.
- Juana Hernández Conesa (1995): Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
- Florence Nightingale (1990): Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?, Masson – Salvat Enfermería, Barcelona.
- Leddy, Susan. Pepper J. Mae. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York 1989
- Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Dimensiones del Cuidado. Unibiblos. Bogotá. 1998.
- Lilibiana González Juárez. lgonzal@eneo.unam.mx Profesor de Carrera ENEO/UNAM
- Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305. Griffit
JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 1986:6.

- Arias, Fernando. GUIA PRACTICA PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO DE ALTO RIESGO. Segunda edición. Mosby Doyma Libros. 1994, pp.55-69.
- Botero, Luis y cols. TEORIA Y NORMAS PARA EL MANEJO DE ENTIDADES GINECOOBSTETRICAS. Pontificia Universidad Javeriana. 1995, p.295-304.
- Kulier, R y cols. Surgical for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Fertilty Regulation Group. Volume (Issue3) 2002.
- May, W; Gulmezoglu, AM; Ba- Thike, K. Antibiotics for incomplete abortion. Cochrane Fertilty Regulation Group. Volume (Issue3) 2002.
- Say, L; Kulier, R; Gulmezoglu, M; Campana, A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Fertilty Regulation Group. Volume (Issue3) 2002.
- Bhutta ZA et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? Lancet. 2013, S0140-6736(13)60996-4.

10.2 COMPLEMENTARIA

- - <http://maternidadfacil.com/embarazo-anembrionario/>
- <https://w3.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONENEDUCACIONYSALUD/Ab.pdf>
- <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=6194>
1
- Zaira Salvador Especialista en reproducción asistida 29/03/2017
<https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-anembrionado/>

- <https://www.mibebeyyo.com/embarazo/complicaciones/embarazo-anembrionario>
- <https://www.bebesymas.com/embarazo/embarazo-anembrionario>
- <https://www.tuasaude.com/es/10-primeros-sintomas-de-embarazo/>
- DESARROLLO-EMBRIONARIO
<HTTP://WWW.HISTOEMB.FMED.EDU.UY/ATLAS/RDES/INICIO.HTML>
- LA FORMACIÓN DEL CUERPO
HTTP://WWW.MED.UNC.EDU/EMBRYO_IMAGES/UNIT-WELCOME/WELCOME_HTMS/CONTENTS.HTM
- <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- <file:///C:/Users/Usuario/Documents/4%C2%B0%20EEHNSS/imagen%20pae.pdf>
- <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-037.pdf>
- <http://www.abortoespontaneo.net/2009/07/factores-de-riesgo-de-aborto-espontaneo.html>
- <https://sites.google.com/site/todoparaenfermeria/teorias-y-modelos-de-enfermeria>.
- Cunningham, F. Leveno, J. et al. (2011). “Williams Obstetricia”, 23a edición, McGrawHill Interamericana Editores, México,
- Funai, E. Norwitz, E. (2015). “Management of normal labor and delivery”.UpToDate,
- Guía de práctica clínica. Actualización (2014). “Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Evidencias y recomendaciones”.
- Narro, R. J., Camus, G. R., Deliens, D. C. y Gutiérrez, P.E. Tendencia de los embarazos terminados por cesárea en el Distrito Federal. Salud Pública de Méx. 26: 381-388,2011.
- National Institute of Child Health and Human Development Research Planning Workshop. Electronic fetal heart rate monitoring: Research guidelines for interpretación. Am. J. Obstet. Gynecol. 177: 1385-1390. 2010

- Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. NOM-007-SSA2-1993. Diario Oficial de la Federación. Enero de 1995.
- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-005-SSA2-1993. Diario Oficial de la Federación. Mayo 30 de 1994.
- O' Driscoll, K., Meagher D. And Boylan P.A Clinical trial of active management of labor. N. Engl. J. Med. 334: 797-799. 2010.
- Orowitz, R.L. and Thompson, J.R. Cuidados postanestésicos y posoperatorios. In: Operative Gynecology, Te Linde's. Libarmed Verlag S.A. Ed.,Montevideo, 2012. pp 93-115.
- Paul, R.H. Toward fewer cesárean section – The role of a trial of labor. N. Engl. J. Med. 335, 10:735-736, 2006.
- Phelan, P.P. What constitutes fetal distress? OBGYN. Net. Publication. L-7, 2009.
- Porreco, R. and Thorp, J. The cesarean birth epidemic: trends, causes and solutions. Am. J. Obstet. Gynecol.175: 369-374, 2013.
- 49. Procedimientos en Obstetricia. Publicaciones del Hospital General de México. 1994. pp 397-410.
- Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. Publicaciones del Instituto Nacional de Perinatología.1998

11. GLOSARIO

A

Anembriónico:

Embarazo anembrionado. Un embarazo anembrionado, también conocido como huevo huero, es aquel donde del embrión sólo desarrolla el saco embrionario. Se caracte

riza por un saco gestacional de apariencia normal, pero con ausencia de embrión.

Aborto:

Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.

Amenorrea:

Falta de menstruación en una mujer cuando tiene la edad correspondiente y no está embarazada

Autosómica:

Un solo gen anormal en uno de los primeros 22 cromosomas no sexuales (autosómicos) de cualquiera de los padres puede causar un trastorno autosómico.

Abrasión:

Erosión de origen químico-físico; raspado; dentaria: desgaste

Abrupto:

Repentino, brusco

Absorción:

Penetración a través de la piel o de las mucosas

Abstinencia:

Privación voluntaria

Abulia:

Falta de voluntad, o disminución notable de su energía

B**Blastocisto:**

Es uno de los primeros estadios del desarrollo embrionario. Es común en todos los mamíferos. Se sitúa entre el 5º y el 7º día en los seres humanos. Este estado embrionario caracteriza el momento en el que las células periféricas se unen para crear el embrión.

Bacilo de Döderlein:

Bacteria normal de la vagina que transforman el glucógeno en ácido láctico cuya función es la de desinfectante vaginal.

Bacterias:

Gérmenes.

Bartholinitis:

Inflamación y absceso de la glándula de bartholino muy dolorosa que habitualmente requiere drenaje.

Bartholino:

Glándula de: glándulas de secreción mucosa situadas en el tercio inferior de los labios mayores que desembocan en los labios menores. Cuando se obstruyen pueden dar lugar a un quiste o un absceso.

Billings:

Método de: autoobservación del moco cervical para determinar los días fértiles e infértiles del ciclo.

Biopsia:

Toma de una muestra de tejido para su estudio.

Biparietal:

Diámetro: distancia entre ambos huesos parietales, se determina por ecografía para estudiar el crecimiento fetal.

Braxton-Hicks

Contracciones indoloras, normales, presentes durante todo el embarazo.

Brenner:

Tumor ovárico prácticamente siempre benigno, generalmente unilateral y que puede adquirir gran tamaño.

Bridas amnióticas:

Fusiones del amnios con la piel del feto con el consiguiente riesgo de formación de muñones, surcos o amputaciones en los miembros.

Bromocriptina:

Antagonista de la dopamina que inhibe la producción de prolactina. Se utiliza fundamentalmente para inhibir la lactancia y en casos de hiperprolactinemia.

C**Cigoto:**

Célula que resulta de la unión de las células sexuales masculina y femenina y a partir de la cual se desarrolla el embrión de un ser vivo.

Cavidad Amniótica:

Es la cubierta de dos membranas que cubre al embrión y que se forma entre el octavo y noveno día de la fecundación. La membrana interna llamada amnios contiene el líquido amniótico y el feto en su interior.

Caduca:

Decidua. Endometrio transformado por acción del embarazo.

Calostro:

Secreción mamaria anterior a la leche que puede producirse durante todo el embarazo y con más abundancia los primeros días postparto.

Cándida:

Albicans. Hongo patógeno existente en la piel, cavidad bucal, vagina e intestino.

Caput:

Tumefacción de la cabeza fetal que se produce durante el parto y desaparece a los pocos días.

Caquexia:

Desaparición del tejido adiposo con peso muy por debajo de lo normal.

Carcinoma:

Tumor maligno. Cáncer.

Cardiotocografía:

Monitorización en la que se registra en forma continua la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas.

Cariotipo:

Recuento e identificación de los cromosomas de una célula definidos por el número, forma y tamaño de los mismos.

Cerclaje:

Sutura circular del cuello uterino empleado para cerrar e impedir su apertura en fases tempranas del embarazo.

Cérvix:

Cuello del útero o matriz. Cilindro de unos 3 cm. de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.

Cesárea:

Terminación quirúrgica del embarazo o parto mediante la apertura operatoria del útero.

Ciclo Ovárico:

Proceso que conlleva a la ovulación. Menstrual: proceso que conlleva a la menstruación.

Cigoto:

Germen, óvulo fecundado.

Ciproterona:

Antiandrógeno. Inhibe el efecto de la hormona sexual masculina en sus órganos diana.

Citología:

Papanicolau. Preparación de un frotis celular para su estudio al microscopio.

D

Doppler: El Ultrasonido Doppler es una técnica de imagen utilizada para la exploración de los vasos sanguíneos, sus paredes y su flujo. Es la combinación de la técnica de ultrasonido o ecografía (que utiliza ultrasonidos para visualizar los tejidos, órganos, o en este caso, los vasos sanguíneos después de la aplicación de un gel sobre la piel) y la técnica Doppler que a través de estos mismos ultrasonidos permite el estudio de la velocidad y la dirección del flujo de sangre en estos vasos.

Decidua:

Capa del endometrio que se desarrolla desde el comienzo del embarazo.

Defectos del tubo neural:

DTN. Conjunto de malformaciones congénitas secundarias a la ausencia de cierre del tubo neural.

Dermoide:

Teratoma quístico maduro. Quiste de ovario que deriva de estructuras germinales y se caracteriza por la presencia de pelos, dientes, grasa, nervios etc. Generalmente benigno siendo muy poco frecuente su malignidad.

Desprendimiento manual:

Alumbramiento manual, extracción manual de la placenta.

Desprendimiento prematuro de placenta:

Separación de la placenta de su lugar de inserción antes del nacimiento del feto.

Desproporción:

Estrechez de la pelvis en relación con el diámetro de la cabeza del niño que va a nacer.

Diafragma pélvico:

Suelo de la pelvis formado por el músculo elevador del ano y las fascias pélvicas.

Diafragma vaginal:

Capuchón de goma con anillo externo de muelle que introducido en la vagina cubre el cérvix y se usa como método contraceptivo.

Diagnóstico prenatal:

Diferentes métodos y exploraciones durante el embarazo para el estudio del feto.

Diámetro biparietal:

Distancia entre ambos huesos parietales de la cabeza fetal. Se utiliza como parámetro de crecimiento del niño.

Diástasis de pubis:

Relajación de la articulación del cartílago de la sínfisis del pubis durante el embarazo o puerperio.

Diástasis de rectos:

Separación permanente de los músculos rectos del abdomen, acontece tras partos o intervenciones abdominales.

Dietilestilbestrol: Derivado sintético con efecto estrogénico. Tiene un efecto tóxico y carcinogénico para el embrión si se utiliza durante el embarazo.

Dilatación:

Período de: fase del parto en la que el cuello del útero alcanza la dilatación completa (10cm).

E**Ecografía:**

Es un examen mediante una imagen lograda por ultrasonidos, con finalidad diagnóstica.

Espermatozoide:

Célula reproductora masculina de los animales, destinada a la fecundación del óvulo; mide de diez a sesenta micras de longitud y está compuesta de una cabeza que contiene el material cromosómico y de una cola o flagelo que actúa como propulsor.

Eclampsia:

Aparición de convulsiones en el transcurso de una preeclampsia grave (enfermedad de aparición durante el embarazo que se caracteriza por edemas, hipertensión y proteinuria).

Ecografía:

Estudio mediante ultrasonidos formando imágenes de la zona explorada.

Ectopia Cervical:

Eversión de la mucosa del endocérvix hacia fuera del canal del cuello uterino.

Edema:

Hinchazón, tumefacción de los tejidos como consecuencia del acúmulo de líquido seroso en los intersticios tisulares.

Edwards:

Síndrome de: Grave alteración polimalformativa cromosómica por trisomía 17-18.

Embarazo ectópico:

Extrauterino: embarazo que se localiza fuera del útero (generalmente en la trompa de Falopio: embarazo tubárico).

Embrión:

Producto de la concepción durante el tiempo del desarrollo de los órganos (embriogénesis), o sea, durante los tres primeros meses.

Embriopatía:

Enfermedad congénita como consecuencia de un trastorno del desarrollo del embrión.

Emesis gravídica:

Vómitos del embarazo durante los 3-4 primeros meses. Cuando el cuadro se agrava se llama hiperemesis gravídica.

Emmet:

Desgarro de: desgarro cicatrizado del cuello uterino ocurrido durante un parto, se corrige mediante la operación de Emmet.

Endocérvix:

Canal del cuello uterino.

Endometrio:

Mucosa que tapiza la cavidad uterina que se modifica durante las fases del ciclo, expulsándose su capa superficial durante la menstruación.

Endometriosis:

Enfermedad que se caracteriza por la presencia de endometrio fuera de su localización normal.

Endometritis:

Inflamación-infección del endometrio.

Enfermedad genética:

Enfermedad producida por una alteración de un gen, un grupo de genes o un cromosoma.

Enfermedad hemolítica fetal:

Eritroblastosis, anemia hemolítica del feto que se presenta en caso de incompatibilidad Rh.

Enfermedades de transmisión sexual:

ETS. Incluyen las enfermedades venéreas clásicas (sífilis, gonorrea, chancro blando y linfogranuloma inguinal) y la tricomoniasis, candidiasis, infecciones genitales inespecíficas, clamidias, papiloma virus humano, herpes, SIDA, hepatitis etc.

Espéculo vaginal:

Instrumento en forma de embudo que se introduce en la vagina para su exploración y la del cérvix.

F**Fondo uterino:**

Consiste en medir en centímetros, con una cinta métrica, la distancia que va del extremo superior del pubis hasta el fondo del útero

Facies:

Cara, rostro, superficie externa.

Fascia:

Aponeurosis. Vaina de los músculos constituida por fibras de colágeno.

Fase lútea:

Fase postovulatoria, hipertérmica, segunda mitad del ciclo.

Fecundación:

Unión de los gametos, penetración del espermatozoide en el óvulo.

Fecundación in vitro:

FIV. Técnica de reproducción asistida en la que la unión de los gametos y la división celular se consigue en el laboratorio, procediéndose a la posterior introducción de los embriones así obtenidos en el aparato genital de la mujer.

Fenotipo:

Conjunto de todas las características externas de un individuo.

Fertilidad:

Capacidad de reproducción sexual.

Feto:

Producto de la concepción desde el final del tercer mes de embarazo hasta el parto.

Fetopatía:

Enfermedad prenatal adquirida durante el período fetal.

Fetoscopia:

Observación intrauterina directa del feto mediante un endoscopio llamado fetoscopio.

Flujo vaginal:

Secreción genital que puede ser normal o patológica como síntoma de alguna alteración.

Folículo:

Folículo de Graaf: Cada una de las vesículas del ovario en cuyo interior se encuentran las células germinales femeninas que dan lugar al óvulo.

Fontanela:

Laguna sin hueso en el cráneo infantil.

Fórceps:

Instrumento obstétrico de extracción fetal a modo de cucharas fenestradas.

Frigidez:

Trastorno funcional con ausencia o reducción del apetito sexual.

FSH:

Hormona producida en la hipófisis que estimula en la mujer el crecimiento folicular en el ovario; en el hombre la espermatogénesis.

G

Gestación: Estado de la mujer o de la hembra de mamífero que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.

Gametos:

Células germinativas femeninas o masculinas (óvulo, espermatozoide).

Ganglios linfáticos:

Nódulos donde desaguan y confluyen los vasos linfáticos.

Gardnerella vaginalis:

Haemophilus vaginalis. Bacilo gramnegativo presente en vaginitis y uretritis inespecíficas.

Gartner:

Conducto de: restos embriológicos de los conductos de Wolff. Quiste de: quiste del conducto de Gartner generalmente presentes en vagina.

Gemelos

Embarazo doble. Monozigóticos: idéntica carga genética, por la división de un óvulo fecundado. Heterozigóticos: carga genética distinta, fecundación de dos óvulos (mellizos).

Genes:

Unidades hereditarias que conforman los cromosomas.

Genética:

Herencia.

Genotipo:

Totalidad de la carga genética de un individuo.

Gestágenos:

Hormonas con las propiedades de la progesterona, hormona del cuerpo lúteo y segunda fase del ciclo.

Gestosis Preeclampsia:

Estado patológico condicionado por el embarazo que se caracteriza por hipertensión, edemas y albuminuria.

Ginecología:

Rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades propias de la mujer no embarazada.

Ginecomastia:

Aumento de la glándula mamaria en el varón.

Gónadas:

Glándulas sexuales (ovarios, testículos).

Gonadotropinas:

Hormonas producidas en la hipófisis con acción gonadal (FSH y LH). Coriónica: Hormona producida por la placenta durante el embarazo (HCG).

Gonorrea Gonococia:

Enfermedad venérea producida por el gonococo o *Neisseria gonorrhoeae*.

Gonosomas:

Cromosomas sexuales o heterocromosomas (X e Y).

Granulosa:

Capa del ovario formada por células del epitelio folicular.

H**(HCG):**

Es una hormona glicoproteína producida en el embarazo, fabricada por el embrión en desarrollo poco después de la concepción y más tarde por el sinciciotrofoblasto (parte de la placenta)

HELLP:

Síndrome de: Complicación muy grave de una preeclampsia con hemólisis, alteración de enzimas hepática y trombocitopenia.

Hematocolpos:

Colección de sangre en la vagina, generalmente menstrual, secundaria a una ausencia de permeabilidad del himen.

Hematoma retroplacentario:

Sangre materna coleccionada entre la placenta y la pared uterina en caso de desprendimiento placentario.

Hematometra:

Colección de sangre retenida en el útero en caso de oclusión de orificio cervical o de la vagina.

Hematosalpinx:

Colección de sangre en una o las dos trompas como consecuencia de embarazo extrauterino o proceso inflamatorio

Hemoglobina:

Pigmento de la sangre que transporta el oxígeno.

Hermafrodita:

Intersexo con presencia de gónadas femeninas y masculinas.

Hidramnios Polihidramnios.:

Volumen anormalmente incrementado de líquido amniótico (>2 litros).

Hidropesía fetal:

Hydrops. Edema fetal generalizado habitualmente producido por una enfermedad hemolítica.

Hidrosalpinx:

Colección líquida en una o las dos trompas generalmente secundaria a un piosalpinx (pus).

Himen:

Virgo. Repliegue mucoso en la entrada de la vagina.

Hiperemesis gravídica:

Vómitos del embarazo desmesurados que precisan tratamiento con sueroterapia.

I**IAC**

Inseminación artificial con semen del marido (conyugal).

IAD:

Inseminación artificial con semen de donante.

ICSI:

Técnica de reproducción asistida que consiste en practicar una microinyección de un solo espermatozoide en el citoplasma del ovocito.

Ictericia:

Tinte amarillento de los tejidos y mucosas por aumento de la bilirrubina en la sangre.

Ileo meconial:

Obstrucción intestinal del neonato, frecuente en la fibrosis quística del páncreas, que puede llegar a producir una peritonitis.

Implantación:

Nidación del óvulo fecundado en el endometrio. Inserción en el cuerpo de partes extrañas al mismo.

Incompetencia cervical:

Istmo-cervical: apertura del orificio del cuello uterino durante el embarazo produciendo abortos tardíos y partos inmaduros.

Incontinencia:

Urinaria: pérdidas involuntarias de orina que adquieren valor de enfermedad si representan un problema social o higiénico.

Infección amniótica:

Infección de la cavidad amniótica, placenta, membranas y, eventualmente, del feto durante el embarazo o el parto.

Infertilidad:

Imposibilidad de llevar un embarazo a término.

Inseminación:

Fecundación de la mujer por medios distintos al coito.

Insuficiencia cervical:

Istmo-cervical: incompetencia del orificio del cuello uterino que se abre durante el embarazo produciendo abortos tardíos y partos inmaduros.

Insuficiencia placentaria:

Disminución de la función placentaria con una reducción en el aporte de oxígeno y nutrientes al feto.

Intercepción:

Impedimento de un embarazo después de ocurrida la concepción (administración de hormonas, antihormonas o implantación de DIU).

Intraovular:

Situado dentro del saco amniótico o cubiertas embrionarias.

L**Legrado:**

Curetaje consiste en el uso de una legra o cureta para eliminar tejido del útero mediante raspado o cucharillado.

Licuefacción:

La consistencia cambia a líquida y permite la transportación de los espermatozoides.

Labios vulvares:

Repliegues cutáneos que circundan la entrada vaginal.

Lactobacilo acidófilo:

Bacilo de Doderlein. Flora protectora, normal de la vagina.

Lactobacilo bífido:

Bacilo presente en la leche materna, en la flora intestinal normal del lactante y del adulto.

Lactógeno placentario:

HPL. Somatotropina coriónica humana. Hormona producida en la placenta con efecto nutritivo sobre el feto, las mamas y la producción placentaria de esteroides.

Laparotomía:

Apertura quirúrgica de la cavidad abdominal.

Legra:

Instrumento, generalmente en forma de cucharilla, que se utiliza para la extracción de restos abortivos de la cavidad uterina.

Legrado:

Vaciamiento de la cavidad uterina con una legra.

Leopold:

Maniobras de: Cuatro maniobras de exploración manual de la embarazada para averiguar la situación del feto.

Leucoplasia:

Lesión blanquecina, considerada precancerosa, generalmente en cuello del útero o vulva.

Leucorrea:

Exceso de flujo o secreción vaginal.

LH:

Hormona producida en la hipófisis que estimula en la mujer la maduración del folículo, la ovulación y desarrollo del cuerpo lúteo; en el hombre la espermatogénesis.

Ligamento ancho:

Repliegue de peritoneo que rodea lateralmente al útero y trompas.

Ligamento cardinal:

Zona inferior del ligamento ancho por el que penetran los vasos sanguíneos.

Ligamento redondo:

Ligamento de sujeción del útero en su cara anterior.

Ligamento útero-sacro:

Ligamento de sujeción del útero en su cara posterior.

Linfedema:

Hinchazón, tumefacción de los tejidos como consecuencia del acúmulo de líquido linfático en los intersticios tisulares.

Líquido amniótico:

Líquido que rodea al feto, con funciones de protección, de transporte y de intercambio.

Listeriosis:

Infección por una bacteria (*Listeria*), leve en el adulto y grave si se transmite de la madre al feto en las últimas semanas de embarazo.

Loquios:

Flujo puerperal sanguinolento los primeros días, luego parduzco, amarillento y, pasadas tres semanas del parto, blanquecinos.

Luteoma:

Tumor ovárico, quístico, benigno, derivado del cuerpo lúteo.

M**Monosómico:**

La pérdida de un cromosoma da lugar a un complemento cromosómico $2n - 1$ y tal condición se denomina monosomía.

Maduración cervical:

Modificación del cérvix en las últimas semanas del embarazo tornandose más blando, elástico, distensible y corto (más favorable para el parto).

Maduración folicular:

Primera fase del ciclo en la que uno o varios folículos crecen para producir la ovulación.

Maduración pulmonar:

Fetal: producción durante el último mes de embarazo de sustancias tensoactivas y surfactante para favorecer la distensión alveolar fetal. Se puede favorecer administrando corticoides a la madre si se espera un parto prematuro.

Malformación congénita:

Anomalía persistente en uno o varios órganos atribuible a un trastorno del desarrollo intrauterino.

Meconio:

Heces del niño formadas durante el tiempo intrauterino.

Membrana hialina:

Revestimiento proteico de los bronquiolos y de los alvéolos pulmonares del feto.

Membranas ovulares

Cubiertas de óvulo consistente en tres capas: dos fetales (amnios y corion) y una materna (decidua).

Menstruación:

Hemorragia mensual cíclica.

Metrorragia:

Hemorragia irregular fuera del ciclo.

Micosis:

Infección por hongos.

Mioma uterino:

Fibroma. Leiomioma. Tumor muscular benigno del útero.

Miometrio:

Capa muscular de las paredes uterinas.

Moco cervical:

Secreción mucoide de las glándulas del cérvix cuya cantidad y calidad es modificada por los cambios hormonales del ciclo.

Mola:

Hidatídica: aborto con degeneración hidrópico-edematosa de las vellosidades de la placenta.

Mórula:

Embrión en el tercer o cuarto día post-fecundación.

Múltipara:

Mujer que ha dado a luz varias veces.

Mutación:

Modificación hereditaria del material genético espontánea o inducida.

Mutágeno:

Agente desencadenante de mutaciones.

N

Nosológica: Parte de la medicina que describe, diferencia y clasifica las enfermedades.

Nidación:

Implantación del huevo fecundado.

Ninfomanía

Hipersexualidad en la mujer.

Nuligrávida:

Mujer que no ha sido gestante nunca.

Nulípara:

Mujer que no ha dado a luz nunca.

O**Ovulo:**

Célula reproductora femenina que se forma en el ovario de las hembras de los mamíferos y que una vez fecundada por el espermatozoide da origen al embrión; en la especie humana, es una célula redonda de 0,1 milímetros de diámetro.

Obstetricia:

Rama de la medicina que trata de la gestación, parto y puerperio.

Ogino-Knaus:

Método de planificación familiar que se basa en evitar las relaciones sexuales los días fértiles del ciclo.

Oligoamnios:

Disminución del volumen de líquido amniótico por debajo de 100 ml.

Oligomenorrea:

Menor frecuencia de la hemorragia menstrual con un intervalo de más de 35 días.

Oliguria:

Excreción de orina escasa (menor de 500 ml/24 horas).

P**Poliaquiuria:**

Se refiere a la necesidad de orinar con demasiada frecuencia, incluso varias veces por hora, causadas por la falsa impresión de que la vejiga está llena de nuevo.

Poliploidias:

Se define como el fenómeno por el cual se originan células, tejidos u organismos con tres o más juegos completos de cromosomas de la misma o distintas especies o con dos o más genomas de especies distintas. Dichas células, tejidos u organismos se denominan poliploides.

Pelvis:

Zona anatómica formada por los huesos coxales (íleon, isquion y pubis) y el sacro.

Pelviscopia:

Exploración endoscópica de la cavidad pelviana por laparoscopia.

Periné:

Espacio que media entre los órganos sexuales externos y el ano.

R**Radioterapia:**

Empleo de radiaciones ionizantes para el tratamiento de neoplasias.

Raspado:

Curetaje, legrado. Vaciamiento de la cavidad uterina con una legra.

Rectoscopia:

Examen endoscópico del recto.

Releasing factor:

Neurosecreciones (neurohormonas) producidas en el hipotálamo, las cuales estimulan la liberación de las hormonas hipofisarias.

Retroflexión:

Inclinación posterior del útero.

Retroplacentario:

Hematoma: Coágulo situado entre la placenta y la pared uterina.

Rh:

Factor: sistema Rhesus de antígenos en la superficie del eritrocito.

Rokitansky:

Síndrome de: anomalía congénita genital con falta de desarrollo de la vagina y el útero

S**Saco amniótico:**

Membranas ovulares que rodean el feto y el líquido amniótico.

Saco vitelino:

Bolsa comunicada con el embrión que tiene como principal función la formación de la sangre al principio del embarazo.

Sacro:

Parte inferior de la columna vertebral y de la pelvis originado por la fusión de las 5 vértebras sacras.

Salpingitis:

Inflamación de una trompa de Falopio.

Salpingolisis:

Adherenciólisis tubárica. Desbridamiento de adherencias en la trompa de Falopio.

Salpingooforectomía:

Anexectomía. Extirpación de trompa y ovario.

Salpinguectomía:

Extirpación de una trompa de Falopio.

Sarcoma uterino:

Tumor maligno de las paredes del útero.

Schauta:

Operación de: Extirpación radical del útero vía vaginal.

Schiller:

Prueba de: método de tinción con yodo (Lugol) para localizar zonas sospechosas del cérvix.

Secoond look:

Segunda mirada. Laparotomía que se realiza habitualmente a los 6 meses de una intervención por cáncer de ovario y que permite en ausencia de recidivas la finalización de una quimioterapia.

Seudoembarazo:

Neurosis psicógena con síntomas similares al embarazo (ausencia de regla, aumento del vientre, secreción láctea).

Seudohermafroditismo:

Existencia conjunta de las gónadas de un sexo con genitales y caracteres sexuales secundarios del otro.

Sheehan:

Síndrome de insuficiencia hipofisaria postparto.

SIDA:

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida producido por un retrovirus (VIH).

Sífilis:

Lúes, chancro duro. Enfermedad venérea grave causada por la infección del *Treponema pallidum*.

Síndrome premenstrual:

Cambios psíquicos y físicos característicos de intensidad individualmente variada y que suceden de 7 a 10 días antes de la menstruación.

Sínfisis:

Articulación interósea por cartílago fibroso del pubis.

Sufrimiento fetal:

Fetal distress, asfixia intrauterina. Concepto genérico para toda situación que amenaza al feto.

Superfecundación:

Fecundación de un segundo óvulo en el mismo ciclo por coitos diferentes.

Swyer:

Síndrome de: disgenesia gonadal aislada en individuos fenotípicamente femeninos generalmente con cariotipo masculino.

T**Trofoblasto:**

(del griego threphein: alimentar) es un grupo de células que forman la capa externa del blastocisto, que provee nutrientes al embrión y se desarrolla como parte importante de la placenta puesto que a al tercer mes de la gestación este recibirá el nombre de placenta. Se forma durante la primera etapa del embarazo y son las primeras células que se diferencian del huevo fertilizado.

Toxoplasmosis:

Enfermedad producida por el *Toxoplasma gondii* que en la embarazada puede producir alteraciones fetales.

Transferencia:

Embrionaria: Implantación en el organismo femenino de un embrión fecundado in vitro.

U

Umbilical: del ombligo por ejemplo-- cordón umbilical Conducto flexible formado por dos arterias y una vena envueltas por una sustancia gelatinosa, que une la placenta con el ombligo del embrión y del feto; mide unos 50 cm y a través de él se produce el intercambio de oxígeno, anhídrido carbónico y sustancias nutritivas entre la madre y el hijo.

Ultrasonidos

Ecografía: Método exploratorio por aplicación de ondas ultrasónicas.

V

Vesícula vitelina: es un anexo membranoso adosado al embrión que provee a éste de nutrientes y oxígeno, a la vez que elimina desechos metabólicos.

Vagina

Conducto conectivo que conecta el útero con el exterior.