

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"VIVENCIAS DE LA MUJER FREnte AL ABORTO"  
(Algunas consideraciones psicodinámicas)

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos

Por

ROBERTO ALFREDO BORRAYO REYES

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1970.



PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. CONSIDERACIONES GENERALES
- III. CAUISTICA
- IV. VIVENCIAS PRECONCEPCIONALES
- V. VIVENCIAS DE LA PREÑEZ
- VI. VIVENCIAS DE LA Interrupcion DE LA PREÑEZ
- VII. PUNTO DE VISTA DEL MEDICO
- VIII. CONSIDERACIONES PSICODINAMICAS
- IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA.

## I. INTRODUCCION.

Cuando nos hallamos frente a una paciente, dos mundos de distinta dimensión, de igual importancia y de innegable coexistencia, se abren ante nosotros.

El uno, mensurable, palpable y relativamente fácil de reconocer; el otro, inmenso, intangible y por demás subjetivo y abstracto.

Nuestro presente trabajo se propone atisbar por la ventana donde un mundo se asoma al otro; caminar un trecho del sendero en que estos dos mundos marchan a la par y enfatizar la importancia que significa para el médico recordar que el ser humano es cuerpo y es alma; es emoción y es fisiología; es anatomía y es espíritu.

Trataremos aquí de hacer notar las más significativas vivencias de la mujer cuando sufre un aborto. Ello, visto en sus dos aspectos: el puramente físico y el inexplorado aspecto psíquico.

El estudio fué llevado a cabo en un grupo de pacientes, escogidas al azar, -- que acudieron en consulta al Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala, habiendo realizado el trabajo en la sección de Maternidad de dicho hospital. El material pues, fue hallado en dicho grupo de pacientes y el método utilizado fué la entrevista personal.

## II. CONSIDERACIONES GENERALES

Hemos de iniciar nuestro trabajo con la inclusión en el mismo de algunos conceptos que habrán de contribuir a la mejor comprensión de su objetivo.

Puesto que nos propone mos mostrar los diversos aspectos que vive la mujer ante el aborto, preciso es que nos preocupemos en primer término de apuntar los conceptos que a la fecha se tienen, ante todo desde el punto de vista - de la obstetricia y la ginecología, de ese hecho biológico.

Cabe apuntar aquí que la Organización Mundial de la Salud en ciertas nuevas modificaciones ha propuesto que la palabra aborto sea reemplazada por muerte fetal incipiente y en la última Asamblea Mundial para la Salud se definió: --

"Muerte fetal, es la muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completas de la madre, sea cual fuere la duración del embarazo; la muerte fetal se manifiesta porque, después de la separación, el feto no respira ni muestra otros signos de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos patentes de los músculos voluntarios".

Hay que agregar que tradicionalmente se ha aceptado que aborto es la terminación del embarazo antes de que el feto sea viable y algunos autores lo consideran viable desde que pesa 400 gramos (20 semanas de gestación), así como otros, cuando pesa más de 1000 gramos (28 semanas de gestación).

También debemos hacer notar que la mayoría de autores, (Danforth; Gallo way y Simons; Hetig y col. Tietze y col. Bishop y Richards) están de acuerdo -

en que el 10% de los embarazos terminan en aborto y a esta ocurrencia se dá el -- nombre de Pérdida Gestacional; agregándose además que el 75% de estos abortos ocurren entre el segundo y tercer mes de gestación.

Otro concepto importante, producto del estudio de diferentes investigadores (Mall; Meyer; Streeter; Rutherford; Huntington y otros) es que en el 70 al 80% de todos los abortos espontáneos, la causa de la muerte del embrión o feto es la presencia de anomalías del desarrollo incompatibles con la vida; atribuyendo dichas anomalías a defectos del plasma germinal.

Bueno es también que presentemos un resumen de la clasificación, hasta ahora aceptada del aborto.

### I. Por su Etiología puede ser:

a) Espontáneo: 1.- Desarrollo anormal

2.- Anomalías de la placenta

3.- Enfermedades de la embarazada

b) Provocado: 1.- Terapéutico

2.- Sin justificación médica y legal.

### II. Por las variaciones en su Curso Clínico:

a) Amenaza de aborto

b) Aborto inminente

c) Aborto inevitable

c) Aborto incompleto

e) Aborto fallido

f) Aborto habitual

III. En una tercer clasificación pueden incluirse los llamados huevos patológicos, propuesta por Mall y Meyer, y modificada por Hertig. Clasificación anatomopatológica:

Grupo I: Exclusivamente velloSIDADES

Grupo II. Vesícula coriónica vacía

Grupo III: Corión que contiene amnios vacío

Grupo IV. Corión y amnios que envuelven un embrión nádular.

Grupo V: Corión y amnios que rodea embrión cilíndrico.

Grupo VI: Corión y amnios con embrión mal desarrollado.

Respecto de la anterior sinopsis añadiremos aún algunos datos conocidos - Del desarrollo anormal se ha hallado como causas, cromosomas y genes defectuosos y deficiencias del medio intrauterino. Entre las anormalidades placentarias se mencionan cambios endarteríticos, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y cordón velamentoso (éstas, con más frecuencia son -- causas de parto prematuro).

Respecto de las enfermedades de la embarazada, se ha hallado coincidiendo con aborto enfermedades agudas y crónicas agotantes (tifoidea, pneumonia, tuberculosis pulmonar, carcinomatosis). Algunos autores han propuesto que -

el bacilo de Bang (Brucella abortus) puede ser causa de aborto en la mujer. -- También se ha encontrado como factor atribuible los traumatismos físicos y psíquicos.

Varios autores ponen en duda la validez del concepto "amenaza de aborto"; pues se dice que cuando se presenta verdadera amenaza de aborto, lo más probable es que la mujer pase al siguiente período. Hartman opina, no obstante, que dos de cada diez embarazadas presentan flujo vaginal sanguinolento y hemorragia franca en las primeras 20 semanas de gestación y de las dos, una evoluciona a aborto inminente. Aborto inminente se dice del que está ocurriendo. El aborto inevitable se caracteriza por ruptura de las membranas y dilatación del cuello. El aborto incompleto, se caracteriza por la presencia de restos placentarios dentro del útero, lo cual determina hemorragia vaginal. Se dá el nombre de aborto fallido a la retención intrauterina del producto incipiente de la concepción por espacio de dos meses o más después de su muerte. Se habla de aborto habitual, cuando ocurren en una paciente, abortos sucesivos en número tal, que indican claramente que son ocasionados por algún agente etiológico recurrente.

Si se lleva a cabo la interrupción del embarazo por medios instrumentales en una mujer con enfermedad grave tal, que el término de la gestación pondría en peligro su vida, se habla de aborto terapéutico. Cuando es practicado por persona autorizada y en nuestro medio se requiere la opinión de dos médicos, además

del tratante. Al interrumpir el embarazo sin justificación médica ni legal demostrable, se habla de aborto criminal. El concepto jurídico que se tiene del aborto en Guatemala, puede quedar resumido en el título VII del Código Penal que se refiere a los delitos contra la vida, la integridad corporal y la seguridad de la familia (Arto. 27, Decreto del Congreso No. 147, Agosto de 1954) que - en su párrafo III se refiere al aborto y dice literalmente:

Artículo 304. - El que de propósito causare un aborto será castigado:

1º. Con seis años de prisión correccional, si ejerciere violencia en la mujer embarazada;

2º. Con cinco años de prisión correccional, si aunque no ejerciere violencias, obrare sin consentimiento de la mujer;

3º. Con un año de prisión correccional, si la mujer lo consintiere.

Artículo 305. - La mujer que causare su aborto o consentiere que otra persona se lo cause, será castigada con un año de arresto mayor.

Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurirá en la pena de seis meses de arresto mayor.

Artículo 306. El facultativo que abusando de su arte, causare el aborto o coopere en él, incurrá en las penas señaladas en el artículo 304.

Artículo 307. El farmacéutico que sin la debida prescripción facultativa - expidiere un abortivo, incurrá en la pena de cuatro meses de arresto mayor.

Los transcripto son datos que aparecen tradicionalmente en los textos que - se ocupan ~~de~~ de las especialidades gineco-obstetricas y como puede verse claramente se soslaya caracteristicamente el aspecto psiquiátrico que indiscutiblemente lleva consigo el fenómeno del aborto; tanto antes como después de su ocurrencia.

### III. C A S U I S T I C A

Hemos de insistir en que el objetivo principal de nuestro trabajo es mostrar los más significativos hechos que vive una mujer cuando padece un aborto y cuando además, por las circunstancias coadyuvantes, se ve obligada a buscar un centro hospitalario.

Nuestras observaciones las efectuamos en el Hospital General "San Juan de Dios", en la sección de maternidad del mismo. De tal manera que seguimos a las pacientes en cada trámite y en cada procedimiento a que se les somete desde su llegada hasta su egreso. En tal sentido pudimos establecer con cierto detalle cual es el elemento humano y material que participan en esta - relación Paciente-Hospital, veamos:

Estudiamos 50 casos tomados al azar de igual número de pacientes, las cuales ingresaron el Hospital General "San Juan de Dios" con el diagnóstico genérico de aborto.

Establecimos mediante interrogatorio y comprobación personal, cual es el elemento humano que participa en estos casos.

1. - Familiares de la paciente (cónyuge, hermanos, madre, tíos).
2. - Entidades de auxilio (cuerpos de Bomberos, Cruz Roja, Radiopatrullas policíacas).
3. - Taxis y buses urbanos (conductores).

4. - Personal de portería.
5. - Personal de enfermería (auxiliares, graduadas, supervisoras, enfermeras de sala de operaciones, anestesista).
6. - Personal médico (externos, internos, residentes, jefe de servicio)
7. - Personal de servicio social (trabajadoras sociales).
8. - Personal de admisión (oficinistas).
9. - Personal de ropería.
10. - Personal de laboratorio (laboratorio clínico, laboratorio químico, banco de sangre, rayos "x").
11. - Donadores de sangre.
12. - Personal de la central de equipos y de farmacia

Hemos enumerado la mayor parte del elemento humano que participa o colabora en cada caso en que una paciente presente aborto; desde que llama o pide auxilio hasta que es dada de alta en el hospital después de su tratamiento. Las complicaciones hacen participar a un mayor número de personas (especialistas y técnicos).

Consideramos pertinente incluir a continuación la papelería hospitalaria -- que debe ser llenada y con la cual se forma la ficha clínica de una paciente que acuda para su tratamiento en el hospital. Se tendrá así una idea más amplia de los recursos que se agotan en los referidos casos. Se han incluido los formatos -

de uso tradicional que comprenden desde la cuadrícula de pulso y temperatura hasta la hoja de egreso, en cada una de las cuales diferentes personas, anotan los diversos datos que se requieren.

POLÍMERA  
Hist. Clínica No.       5

## HOSPITAL GENERAL

GUATEMALA, C. A.

### Servicio de Emergencia

- 1 Nombre del paciente.....  
Ter. Apellido ..... 2o. Apellido ..... 3o. Nombre ..... 4o. Nombre .....
- 2 Dirección ..... Calle e Lugar ..... Municipio ..... Departamento .....
- 3 Edad ..... 4 Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) 5 Hora de ingreso .....
- 6 Breve historia de la enfermedad.....
- 7 Diagnóstico provisional.....
- 8 Tratamiento aplicado en este servicio.....
- 9 Tratamiento que debe aplicarse antes que el paciente sea reconocido por los jefes de servicio:.....
- 10 Servicio al que deberá ser ingresado.....
- 11 Continuará el paciente atendido por los suscritos: SI ( ) NO ( )
- 12 Nombre de la persona o institución que lo remitió.....
- 13 Información de la persona que trae al paciente.....
- 14 Observaciones:.....
- 15 Fecha..... de ..... de 19.....

Firma del Médico o Practicante que ordena el ingreso

El suscripto da su consentimiento al personal médico del Hospital General para emplear los procedimientos técnicos médicos y operatorios que sean necesarios con el diagnóstico y tratamiento de este caso.

Firma del Paciente

Huella digital del Pulgar Derecho

Firma y Dirección de la persona que lo trajo

Nombre \_\_\_\_\_  
Registro Médico No. \_\_\_\_\_

HISTORIA:

Fecha \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

Primer síntoma o signo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

HISTORIA PERSONAL: Antecedentes

Médicos:

Quirúrgicos:

SISTEMAS: Cardiovascular:

Génito urinario:

Gastro intestinal:

Menstruación: Menarquía \_\_\_\_\_ años. Tipo: \_\_\_\_\_ Carácteres: \_\_\_\_\_

Última \_\_\_\_\_ Gravida: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

HABITOS: Tabaco 0 1 2 3 Alcohol 0 1 2 3 Otros:

HISTORIA FAMILIAR:

EXAMEN

Estado general: Peso: \_\_\_\_\_ lbs. Talla: \_\_\_\_\_ cm.

Pulso x 1' \_\_\_\_\_ Respiraciones x 1' \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ Temp \_\_\_\_\_

<b>CABEZA:</b>	Ojos:	Oídos:
	Dientes:	Boca:
<b>CUELLO:</b>	Tiribes:	Laringe:
<b>TÓRAX:</b>	Pulmones:	Sonás:
	Corazón:	
<b>ABDOMEN:</b>	Hígado:	Bazo
	Genitales:	
<b>EXTREMIDADES:</b>		

#### **EXAMEN REGION ENFERMA:**

## Diagrams

#### **DIAGNOSTICO CLINICO PROVISIONAL**

#### **INDICACIONES:**

# HOSPITAL GENERAL Guatemala, C. A.

6

Hist. Clínica No.

6

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Registro Medico No.** \_\_\_\_\_

**Unidad** \_\_\_\_\_

NOTA: Toda orden debe ser firmada por el Médico que la indica.

## **NOTAS DE ENFERMERAS**

Nombre..... Cama No. ....

Sala

**ANOTAR SIEMPRE:** condición del paciente, estado físico y emocional: dolor, escalofrío, fiebre, sudor, vómitos, evacuaciones, condición de heridas, baños, etc.

**HOSPITAL GENERAL**  
Guatemala, C. A.

ORDENES MEDICAS

Hist. Clinica No.

6

Membre \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_

**NOTA:** Toda orden debe ser firmada por el Médico que la indica.

## HOSPITAL GENERAL

GUATEMALA, C. A.

HIST. CLINICA NO.

6

NOMBRE ..... EDAD ..... AÑOS ..... MESES ..... DIAS .....

FECHA DIAS EN EL HOSPITAL	PESO PULSO TEMP						
		1	2	3	4	5	6
0	60	41					
0	150						
0	140	40					
0	130						
0	120	39					
0	110						
0	100	38					
0	90						
0	80	37					
0	70						
0	60	36					
0	50						
0	40						
Pulso							
Respiraciones							
Presión Arterial							
Peso							
Dieta							
Cástigos / 24 H							
Líquidos / 24 H							
TOTAL							
Orina / 24 Horas							
Vómitos							
Evacuaciones							
Observaciones							

HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"  
SERVICIO DE ADMISSION

No. Hist. Cl. \_\_\_\_\_

HOJA PARA OFICINA I.B.M.

Nombre del Pte:

1er. Apellido      2do. Apellido      1er. Nombre      2do. Nombre.

Sexo: M: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Lugar de origen \_\_\_\_\_

Fecha de Admisión \_\_\_\_\_ Fecha de egreso \_\_\_\_\_

Examen Patológico?      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivos principales:

1. Principal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Secundario: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clase de tratamiento:      Médico      Quirúrgico      Obstétrico

Departamento de:      Medicina      Cirugía      Pediatría      Ginecología y Obstetricia.

Servicio: \_\_\_\_\_

Condición de egreso:

1. Curado
2. Mejorado
3. No mejorado
4. Muerto
5. Autopsia

Días estancia:

Nota: Chequee la respuesta conveniente

Sírvase llenar el presente formulario a máquina o con letra de molde

Dr. RSL Asdeh

A continuación hemos de incluir el resumen de las observaciones de 10 casos del total de los 50 estudiados. Se incluye en ellos los datos puramente objetivos del examen de ingreso, la evolución y el tratamiento, transcriptos literalmente de los casos originales.

Caso No. 1.

N: A. B. F. Reg. Med. : 18346-68.

Lugar y fecha de nacimiento: 12 de Sept. de 1936, Gualán (Zacapa).

E. civil: vive conyugalmente. Ocupación: costurera.

Fecha de ingreso: 2 de nov. de 1969. Egreso: 6 de nov. de 1969.

G. 3; Ab: 2; hijos vivos: 1; U-R: 15, Ag. 69.

Motivo de ingreso: hemorragia vaginal de 2 días de evolución.

Anamnesis: refiere que hace dos meses y medio que no le viene su regla, la cual siempre ha sido regular. Tres días ántes de su ingreso presentó náusea y leve dolor abdominal difuso; un día después presentó subitamente hemorragia vaginal, sin aparente relación con esfuerzo o traumatismo alguno; la sangre ha sido obscura, con coagulos y se ha hecho cada vez más fuerte; ha presentado sensación de desmayo, atarantamiento, y el dolor ha sido poco significativo.

Examen físico: consciente, orientada, fascias angustiada, marcada palidez, sudorosa, T: 37°C. P.A. 100/40. P.N 110x'. R: 20x'. Mucosas pálidas, poco húmedas, leve enoftalmos. corazón y pulmones normales. Abdomen blando, de--

presible, no doloroso, ruidos intestinales normales. Utero no palpable.

Ginecológico: Genitales externos normales, urétra normal; palpación: Cuello blando, fondos de saco libres, sin dolor; útero aumentado de tamaño, pirifor me, móvil, en anteversión, no hay dolor. El cuello permite introducir un dedo a través de orificio interno y externo. Espéculo: vagina y cuello violáceos; cuello muestra orificio externo abierto, presencia de hemorragia y abundantes restos placentarios.

Datos Paraclínicos:

Hb: 9 gr. Ht: 28%, V.S. 33mm/h. G.B.: 9,200, orina: normal.

Heces: negativo. Gravindex: negativo. VDRL: negativo. Gr. sang: A, Rh/.

Tratamiento: 1.) reposo. 2.) Pirazolónicos, 3.) Soluciones I.V. 4.) Transfusiones sanguíneas. 5.) Legrado uterino 6.) Aspirina-ergotrate.

Evolución: hemorragia cedió con legrado instrumental, la anemia normocítica hipocrómica fue tratada con hierro oral.

Estado al egresar: Anemia moderada, resto mejoró.

Dx. de ingreso: Ab. incompleto y anemia aguda.

Dx. de Egreso: Ab. incompleto, anemia normocítica hipocrómica.

Caso No. 2.

N: L. M. O. L.

Reg. Med.: 05471-61.

Lugar y fecha de nacimiento: esta capital, 26/junio/1947.

E. Civil: soltera. Ocupación Of. domésticos.

Fecha de Ingreso: 1/nov./1969. Egreso: 4 nov./69.

G: 2; Ab. 1; hijos vivos 1; UR: 10/sept./69.

Motivo de Ingreso: hemorragia vaginal de 24 horas de evolución.

Anamnesis: refiere que ha tenido atraso de su regla desde hace 3 meses; sus períodos han sido regulares. Hace tres semanas estuvo hospitalizada en es mismo centro con diagnóstico de amenaza de aborto, en esa ocasión presentó leve hemorragia vaginal que cedió con reposo, tranquilizantes y progesterona. Un día antes de su nuevo ingreso presentó hemorragia vaginal que al principio fue escasa y luego aumentó, expulsando coagulos y pellejos. Acude a la emergencia por persistencia de hemorragia. Examen físico: consciente, colabora, orientada, T: 37°C. P.A.: 110/60; P. 80x' R: 16x'. Ligeramente pálida, con caries dental, hipertrfia de cornetes, obstrucción nasal, corazón y pulmones normales, abdomen blando, depresible, dolor de ambas fosas ilíacas a la palpación profunda, ruidos intestinales normales, no se palpal masas. M. I. normales.

Ginecológico: Genitales externos normales, al tacto cuello blando, ligeramente aumentado de tamaño, situado en el eje, fondos de saco libres; anexos normales. Utero aumentado de tamaño en anteversión, móvil, no hay dolor. Espéculo: orificio externo del cuello, ligeramente abierto (permite yema del dedo medio), presencia de hemorragia, no hay restos placentarios.

Datos paraclínicos: Hb 10gr.% Ht: 31%; V.S.: mm/h. G.B.: 5,400, orina, -- neg. Heces: neg. VDRL: neg. Gravindex: -. Tratamiento: 1.) Reposo; 2.) Pirazo-

lónicos, 3.) Soluc. I. V., 4.) Legrado Uterino, Fenobarbital, 5.) Asa-ergo-  
trate.

Evolución: hemorragia cedió con tratamiento, dos días después de hospitaliza-  
da se le consideró ambulatoria; se prescribió tratamiento por anemia secunda-  
ria a hemorragia. Sintomatología principal desapareció.

Condición de egreso: Anemia secundaria.

Dx. de ingreso: Ab. incompleto. De egreso: Idem.

Caso No. 3.-

N: S.E.M.L. Reg. Med.: 07786-68.

Lugar y fecha de nacimiento: esta capital, 12/abril/1948.

E. civil: vive conyugalmente. Ocupación: Of. domésticos.

Ingresó: 27/octubre/69. Egreso: 31/Oct./1969.

G: 3 Ab. 2 hijos vivos: 0. - UR- 30/Jul./1970.

Motivo de ingreso: hemorragia vaginal de 18 horas de evolución.

Antecedentes posit.: resección de cuña de ambos ovarios, hace un año en el --

Hospital General "San Juan de Dios".

Anamnesis: refiere amenorrea desde hace tres meses. Tres días antes de su in-  
greso inició dolor tipo cólico en parte baja del abdomen; no irradiado sin lo-  
grar alivio. En las primeras horas del día de su ingreso inició hemorragia vagi-  
nal escasa al principio y luego profusa; refiere que primero le salió sangre con  
moco y luego coágulos. El dolor ha permanecido invariable. Molestias no --

guardan relación con ningún hecho es especial.

Exámen físico: Consciente, quejumbrosa, buen estado general. T: 37°C. P.A.

110/70. P.: 76x!. R: 16x!. Corazón y pulmones normales. Abdomen globuloso,  
blando, depresible, dolor del hipogastrio a la palpación profunda, no se palpan  
masas. M.I. normales.

Ginecológico: genitales externos normales; cuello blando, aumentado en tamaño,  
permite dedo meñique, fondos de saco libres; útero aumentado de tamaño, móvil,  
en ateverción, no doloroso, no se palpan masas. Espéculo: vagina y cuello lívidos,  
orificio externo abierto; de nulípara, presencia de hemorragia escasa.

Datos paraclínicos: Hb.: 13 gr.% Ht: 48% mm/h. V.S.: 26 mm/h. G.B: 4850

Orina: neg. Heces: áscaris--/ BDRL: negativo. Gravidex positivo.

Tratamiento: Similar a casos anteriores.

Evolución: Síntomas desaparecieron con legrado. Egresó al tercer día en buenas --  
condiciones.

Condición de egreso: ut. -retro.

Dx. de ingreso: Ab. incompleto. De egreso : Ab. incompleto y ascariasis.

Caso No. 4.:

N.: M. N. M. R. Reg. Med.: 01854-69.

Lugar y fecha de nacimiento: pueblo Nuevo Viñas, Sta. Rosa, 12/marzo/19-

37. E. civil: vive conyugalmente. Ocupación: Of. domésticos. Ingresó: 22/Oct.  
1969. Egresó: 26/Oct./69.

G: 5 Ab. 1; hijos vivos 4. UR: 28/Ago./69. -

Motivo de ingreso: hemorragia vaginal de tres días de evolución.

Anamnesis: refiere que su regla se le atrasó por dos meses y que tres días antes de su ingreso sin relación con nada en especial, salvo que acababa de estar bañando su casa, le ocurrió hemorragia vaginal escasa, la cual desapareció es pontáneamente al poco rato, al día siguiente volvió a aparecer y a partir de entonces no se le ha quitado; ha expulsado coágulos, sangre oscura. No refiere dolor.

Examen físico: consciente, colabora, buenas condiciones generales. Signos vitales normales; afebril, corazón y pulmones normales; abdomen: blando, depresible, no doloroso, no se palpa útero, ruidos intestinales normales. M. I.: normales.

Ginecológicos: presencia de formaciones papulosas y rugosas en labios mayores (papilomas). Al tacto: cuello blando, permite dedo medio en sus orificios; anexos normales, fondos de saco libres; útero ligeramente aumentado de tamaño. Espéculo: cuello abierto, presencia de restos placentarios, hemorragia.

Datos paraclínicos: Hb: 12.5 gr%. Ht.: 36%; V.S. 27 mm/h. G.B: 6, 200; ---

Orina: normal; heces; tricocéfalos ++ Gravíndex / VDRL: negativo: Grupo sang. O positivo.

Tratamiento: reposo, pirazolónicos, fenobarbital, legrado uterino, asa-ergotato; hexilresorsinol.

Evolución: Después de legrado cedieron síntomas. Se trató parasitismo intestinal.

Al cuarto día de su hospitalización se le da de alta.

Condición de Egreso: Asintomática.

Dx. de Ingreso: Ab. en curso. Dx. egreso: B. incompleto.

Caso No. 5.-

N: S. G. R.

Reg. Med.: 17731-69

Fecha y lugar de nacimiento: 20 de marzo de 1945. esta capital.

E.C.: vive conyugalmente. Oficios domésticos.

Ingreso: 21 de Oct. de 1969. Egreso: 26 de Oct. de 1969.

G.: 3; Ab.: 1; hijos vivos: 2; UR- 1-Sept. de 1969.

Mot. Ingr.: hemorragia vaginal de 14 horas de evolución.

Anamnesis: refiere que el día de su ingreso al bajar de un bus urbano se cayó accidentalmente, habiéndose golpeado el estómago, la cara y la pierna derecha, presentando casi inmediatamente dolor en la región lumbosacra y en la parte del abdomen. Se presentó también leve hemorragia vaginal con pequeños coágulos. El cuadro se acompañó de náuseas y cefalea. La hemorragia ha sido escasa. Dolor abdominal ha persistido. Presentó calambres de las piernas.

Examen físico: consciente, quejumbrosa, colabora, buen estado general. Signos vitales normales. Hematoma en región malar derecha con rubor, edema y dolor.

Corazón y pulmones normales. Abdomen levemente doloroso, blando, depresible,

dolor a la palpación profunda de hipogastrio y fosas ilíacas. No se palpan masas. M.I.: derecho con evidencia de traumatismo en tercio inferior.

Ginecológico: genitales externos normales, cateterismo de vejiga negativo; el introito vaginal lívido; al tacto cuello blando, orificio externo cerrado, fondos de saco libres, útero blando, levemente aumentado de tamaño, móvil; anexos no palpables. Espéculo: cuello violáceo, orificio cerrado, hemorragia escasa.

Datos Paraclínicos: Hb: 13 gr, Ht: 39, V.S. 26. G. B.: 4750. Orina: negativa, Heces neg. VDRL: negativo, gravidex: neg. Grupo sang.: A, positivo. R. "x" de M.I. y Cráneo: Neg.

Tratamiento: Ut-retro.

Evolución: asu ingreso se hizo a la paciente el Dx. de amenaza de aborto, en vista de presentar signos clínicos de embarazo y orificio del cuello uterino cerrado con escasa hemorragia. 48 horas después de su hospitalización la hemorragia vaginal se hizo profusa, hallándose signos ginecológicos de Ab. en curso.

Condición de egreso: asintomática después de legrado.

Dx. de Ingreso: Amenaza de Ab. traumatismos múltiples.

Dx. de egreso: Ab. incompleto, resto idem.

Caso No. 6.-

Dat. Grals.: N: A.M. de E.

Reg. Med. #16720-69. E.C.: vive -

conyugalmente; ocup: of domésticos. Lug. y fecha de nacim.: Escuintla 7 de julio de 1946. Ingresa: 23/Oct./69. Egresas: 27/Oct./69.

G: 6 Ab.: 3 hijos vivos: 3. UR- 8 Ag./69.

Motivo de Ingreso: hemorragia vaginal de 24 horas de evolución.

Anamnesis: refiere que un día antes de su ingreso presentó subitamente, sin relación aparente, con ningún hecho en especial, hemorragia vaginal leve, después de dos meses y medio de atraso en su regla. Hace hincapié en que no presentó dolor y que en dos abortos anteriores sus síntomas han sido identificados (Ab. no consecutivos). La hemorragia ha sido intermitente y, aunque escasa, por sus antecedentes de Ab. consulta al hospital.

Examen físico: consciente, colaboradora, buen estado general, signos vit. normales. Caries dental. corazón y pulmones normales. Abdomen globuloso, blando, no doloroso, no se palpan masas, ruidos intestinales normales; útero no se palpa.

Ginecológico: genitales externos de multipara, cuello blando, permite introducción de dedo medio; fondos de saco libres, útero ligeramente aumentado de tamaño, móvil, en anteversión. Espéculo: cuello de multipara, orificio externo abierto, presencia de leve hemorragia, no se advierten restos membranosos.

Datos paraclínicos: Hb 12; Ht: 33; G.B. 5300; orina normal, heces negativo, VDRL negativo, gravidex positivo, grupo sang. B, positivo.

Tratamiento: Ut-retro.

Evolución: con legrado uterino paciente mejoró. En vista de incidencia de tres Ab., se hizo mención del Ab. habitual y pensó en la posibilidad de la llamada incontinencia de cuello. Se dijo que se observaría ulteriormente a la paciente. Se comprobaron problemas emocionales evidentes.

Condición de egreso: Ansiosa.

Dx. de ingreso: Ab. habitual. Dx. de egreso: Ab. incompleto, Ab. habitual.

Caso No. 7.

Datos Grales: N: V.M.B.C. Reg. Med. 18226-69. E.C. Soltera; Ocup: Empleada comestica. Lug. y fecha de nac.: Sta. Rosa 7/V/1946.

Ingresó el 15/Oct./69; egresa: el 27/oct. 69/

Motivo de consulta: hemorragia vaginal de dos días de evolución.

Anamnesis: cinco días antes de su ingreso presentó dolor de cintura constante, irradiado a ambas fosas ilíacas, el dolor lo describe como ardiente. Refiere tres meses de atraso en su regla. Ha presentado escalofríos, cefalea, fiebre NCT. Consulta de emergencia porque el día de su ingreso presentó salida de sangre con coágulos por la vagina; la hemorragia fue escasa y la paciente la relacionó con los síntomas descritos. Refiere anorexia y mal estar general. Refiere dolor y ardor para orinar.

Exámen Físico: Sudorosa, taquipneica, con fascies de agudamente enferma; T: - 39.5; P.A.: 90/50, P: 110. R: 24 x' piel caliente, pálida, conjuntivas oculares

arrojadas; corazón y pulmones normales. Abd: defensa aumentada en cuadrantes inferiores, dolor a la palpación profunda de ambas fosas ilíacas, no se palpan masas, ruidos intestinales presentes. Región costo-lumbar dolorosa a la percusión de ambos lados. M.I.: edema discreto.

Ginecológico: Genit. externos normales, urétra normal; glándulas de Skene normales. Al tacto cuello blando permite pulpejo del dedo índice en el orificio externo; fondos de saco libres, no dolorosos, útero aumentado de tamaño, se palpa blando, - ocupado, móvil, anexos no palpables, Espéculo: cuello de multípara con orificio externo abierto, presencia de leve hemorragia.

Datos paraclínicos: Hb: 10.5; Ht: 28, G.B: 10650. V.S: 55. Fórmula Leucocit: E: - 3; B: 1; N-S: 70; M: 0. L: 26. Orina: D: 1,030 pH: 6. Hb: ++ . Leucocitos: campos llenos; cilindros granul.: + Heces: Uncinaria -. VDRL: neg. Gravidex: neg. Urocultivo: E. coli 300, 600 col. Clasific. de anemia; normocítica hipocrómica; grupo sang.: 0, positivo.

Tratamiento: 1.) reposo, 2.) Soluciones I.V. 3.) propoxifeno, 4) medios físicos - por fiebre, 5.) ampicilina, 6.) sulfisoxasole. 7.) legrado uterino, 8.) asa-ergotato, 9) sulfato ferroso, 10) tetracloroetileno.

Evolución: Cuadro de infección urinaria mejoró con tratamiento; al estar afebril se efectuó legrado uterino. La evolución fué satisfactoria.

Condición de egreso: asintomática.

Dx. de ingreso: Ab. incompleto, infección urinaria.

Dx. de egreso: Ab. incompleto; infección urinaria, anemia secundaria y unci  
nariásis.

Caso No. 8.-

Datos generales: M. A. M./Z. Reg. Med. 01140-69, E.C.: soltera, ocup.

maestra de Ed. P. lugar y fecha de nac. Pto. Barrios, Izabal 14/abril/1944. -

Ingresó: 19/oct. 1969. Egresó: 12 Nov. de 1969.

G: 4; Ab.: 1; hijos vivos: 3. UR- : 17/Sept./69.

Motivo de Ingreso: Fiebre, escalofríos y flujo vaginal sanguinolento de seis --  
días de evolución.

Antecedentes positivos: divorciada hace un año. Amenorrea de 3 meses de e-  
volución.

Anamnesis: refiere la paciente que tiene un año de divorciada, que hace 6 me-  
ses sostiene relaciones íntimas con un hombre casado. Hace e meses que ve -  
con angustia, atraso de su menstruación. Dos semanas antes de su ingreso al -  
hospital presentó hemorragia vaginal de regular cantidad, oscura, con coágua-  
los y refiere salida de membranas por la vagina. El aparecimiento de estos sín-  
tomas tiene un origen confuso y la paciente ha dado diferentes datos a distintos  
examinadores. A la pregunta directa de si no intentó ella, por si misma el a-  
borto, la paciente no es categórica.

Refiere que seis días antes de su ingreso presentó dolor abdominal tipo có-

lico, en ambas fosas iliacas, escalofríos, fiebre no controlada por termómetro, a-  
norexia, náusea, cefalea y malestar general. Ha presentado abundante flujo vagi-  
nal sanguino-purulento y fétido. Hace notar que la hemorragia vaginal inicial du-  
ró dos días. Ha experimentado sensación de desmayo y la fiebre ha aumentado --  
en las últimas 24 horas.

Examen Físico: Estuporosa, sudorosa, taquipneica, fascies de enferma aguda, piel  
pálida, hipertérmica; mucosas poco húmedas.

T: 39.8°C.; P. A. 80/40. P: 120x'; Resp.: 24x'. Pulmones: respiración ruda; cora-  
ción: taquicárdico. Abdomen: tenso, defensa muscular aumentada, doloroso, ex-  
ploración cítil, ruidos intestinales disminuidos.

Ginecológico: genit. Externos de multípara, presencia de flujo vaginal amarille-  
to, fétido, abundante, Uretra aparentemente normal.. Cateterismo negativo. Al  
tacto: vagina caliente, cuello blando, orificio permite dedo medio, fondos de sa-  
co dolorosos; útero ligeramente aumentado de tamaño, dolor al movimiento, en -  
antesis; anexos dolorosos. Espéculo: Cuello lívido, presencia del flujo descrito.

Datos paraclínicos: Hb 11.5; Ht: 35; V.S. 66; G.B: 11250, Fórmula leucocit.: E:  
1; B: O. N-S: 73; M: O. L: 26. Grupo sang. B, positivo. Anemia normocítica hi-  
pocrómica, Orina: pH ácido, leucocitos 10 por campo, resto negativo, Urocultivo:  
colibacilo 26,000 colonias. Gravidez: negativo. VDRL: negativo. Reacción de Paul  
Bunnell: negativo. R. de Widal: negativo: hemocultivo: estreptococo Beta hemolíti-  
co. Antiestreptolisinas: 160 U. Proteína "C" reactiva negativa. Pruebas hepáticas:

elevación de la bilirrubina indirecta. Turbidez del timol: ++. Tiempo de Pro-trombina 60%. Tratamiento instituido: 1.) reposo; 2.) soluciones I. V. 3.) Pi-razolónicos, 4.) medios físicos por fiebre, 5.) ampicilina, 6.)cefalotina. 7.) penicilina; 8.) Sulfisoxasole, 9.) corticoesterona, 10) bametano, 11.) metapro-terenol, 12) bicarbonato de sodio I. V. 13.) digitálicos. Evolución: La pacien-te ingresó con un cuadro clínico que hizo pensar en un aborto incompleto secuda-riamente infectado (ab. séptico); 24 horas después de su ingreso la evaluación - del caso hizo pensar en la presencia de un shock séptico. Se trató como tal y la paciente evolucionó lentamente hacia leve mejoría, diez días después de su hos-pitalización presentó ictericia cuya etiología no se tuvo diagnóstico exacto. El cuadro volvió a ser grave con manifestaciones evidentes de acidosis metabólica; la paciente entró en un estado comatoso.

No hubo mejoría; tres semanas después de su ingreso la paciente fallece.

La autopsia reveló hallazgos de shock séptico, hepatitis tóxica y endocardi-tis bacteriana.

Caso No. 9.

Datos Grales: R. A. L. P.; Reg. Med.: 17366-68. E.C. vive conyugalmente, o-cupación comerciante. Lug. y fecha de Nac.: capital, 12 de Julio de 1942, Ingre-sa 12 de Oct. 1969. Egresá 16 de Oct. del 69.

G: 5; Ab. 1. hijos vivos: 4. UR.: 15 de agosto de 1969.

Egresá 16/Oct. /69.

G: 5; Ab. 1; Hijos vivos: 4 UR: 15 de agosto de 1969.

Motivo de ingreso: hemorragia vaginal de 1 día de evolución.

Anamnesis: Refirió que el día anterior a su ingreso, al estar lavando ropa sintió -- humedo y caliente "en sus partes", percatándose de que se trataba de hemorra-gia vaginal, se acostó guardando reposo por varias horas pero dicha molestia -- persistió, aunque con algunos coágulos. Ha sentido calambres en las piernas.

No refiere ninguna otra molestia.

Antecedentes positivos: alérgica a la penicilina.

Exámen físico: consciente, buen estado general, signos vitales normales. corazón y pulmones normales. Abdomen: blando, globuloso, depresible, no se palpan -- masas; útero no palpable. Ginecológico: genit. externos normales; cuello blando, orificio permite punta dedo índice. Espéculo: cuello de multípara, orificio ex-terior abierto, presencia de hemorragia en vagina. Leucorrea de flujo blanqueci-no.

Datos paraclínicos: Hb: 11; Ht 33; V.S. 30; G.B: 7500; orina neg. Heces:

áscaris. VDRL: neg. Gravidex positivo. fricción vaginal: tricomonas ++. Clasific. - de anemias: macrocítica hipocrómica.

Tratamiento: reposo, legrado, asa-ergotrate, sulfato ferroso, cobalina, piperazi-na.

Evolución: mejoró con tratamiento.

Condición de egreso: satisfactorio.

Dx. de ingreso: Ab. incompleto. Dx. egreso: Ab. incompleto, ascaridiásis, anemia secundaria.

Caso: No. 10.

Datos Grales: R. G. M. Reg. Méd. 20012-69. E. C.: vive conyugalmente. Ocup.: oficios domésticos: lugar y fecha de nac.: Progreso, Mayo de 19--50, G: 1. Ab.: 1. Hijos vivos: Cero. UR: 1/Ago./69.

Motivo de Ingreso: hemorragia vaginal de 15 horas de evolución.

Anamnesis: refiere que su regla se le atrasó hace tres meses; tiene 5 meses de vida conyugal. Hoy en horas de la madrugada, después de relaciones sexuales, presentó dolor súbito de la parte baja del abdomen y al levantarse, notó hemorragia vaginal escasa al principio y que luego ha aumentado; la sangre es oscura y con coágulos; el dolor abdominal ha persistido, ha sentido vahidos y refiere que antes de venir al hospital "le salieron pellejos". No refiere otra molestia.

Examen Físico: consciente, colabora, sudorosa, T: 37°C. P. A. 100/60 P: 80 - x'. Resp. 18 x'. Corazón y pulmones: Normales, Abdomen: blando, depresible, dolor hipogástrico a la palpación profunda.

Ginecológico: Genitales externos normales, cuello blando, útero aumentado de tamaño, móvil, en anteversión, no doloroso. Espéculo: cuello de nulípara, ori

ficio externo abierto, presencia de hemorragia.

Datos paraclínicos: Hb: 12.5; Ht: 38; V. S. 40; G. B.: 4,900; grupo sanguíneo: -

B: Rh negativo. Orina y heces negativos. VDRL: negativo; gravidez: negativo.

Tratamiento: Ut-retro.

Evolución: síntomas cedieron con legrado.

Condición de egreso: asintomática.

Dx. de ingreso: Ab. incompleto. Dx. egreso: idem.

Ahora incluiremos varios datos extraídos de nuestro interrogatorio y que han de servir para dar una mejor idea de lo que nos hemos propuesto.

Medios de transporte utilizados por las pacientes para llegar al hospital:

- En ambulancia de C. de Bomberos.....	29
- En ambulancia de la Cruz Roja.....	7
- En taxi.....	4
- En bus urbano.....	7
- A pie.....	3
Tuvieron que esperar turno para ser atendidas.....	8
Fueron atendidas inmediatamente.....	42
- Hemorragia ocurrió durante la noche.....	29
Hemorragia ocurrió durante el día.....	21
- Hubo aparente relación con traumatismo o esfuerzo	9
Hubo aparente relación con relaciones sexuales...	1

No hubo aparente relación con hecho alguno.....	40
- Abortos en primigrávidas.....	18
Abortos en secundigrávidas.....	13
Abortos en multigrávidas.....	19
- Consultaron durante la noche.....	23
Consultaron durante el día.....	27
- Tiempo promedio de evolución de hemorragia vaginal	36 Hrs.
- Habían consultado médico privado.....	4
Habían consultado otro centro hospitalario.....	2
Acudieron al farmacéutico.....	7
Acudieron a otras personas.....	3
- Edad mínima de ocurrencia de aborto.....	14 años
Edad máxima de ocurrencia de aborto.....	44 años
Edad promedio de ocurrencia de aborto.....	29 años
- Edad mínima de ocurrencia de parto.....	14 años
Edad máxima de ocurrencia de parto.....	43 años
Edad promedio de ocurrencia de parto.....	23 años
- Número de pacientes sin complicaciones por aborto...	43
Número de pacientes con complicaciones por aborto..	7
-Número de pacientes con un sólo aborto.....	36

-Número de pacientes con más de un aborto.....	14
-Viven conyugalmente.....	39
Solteras.....	11
-Tienen un hijo.....	12
Tienen más de un hijo.....	19
No tiene hijos.....	19
-Nacieron en la capital.....	33
Nacieron fuera de la capital.....	17
Residen fuera de la capital.....	11
Residen en la capital.....	39
-No trabajan.....	37
-Asalariadas.....	13
-Ingreso máximo al mes (familiar).....	Q. 110.00
Ingreso mínimo al mes (familiar).....	" 20.00
Promedio familiar al mes.....	" 57.50
-Tiempo promedio de hospitalización por aborto.....	3 días
Muertes por aborto complicado.....	1
Máximo grado de paridad.....	14 partos
Mínimo grado de paridad.....	0 partos
Distribución por ocupación de pacientes por aborto:	

Maestras.....	2
Comerciantes.....	3
Empleadas domésticas.....	7
prostitutas.....	1
Amas de casa.....	37
- Presentaban patología concomitante.....	34
Parasitismo Intestinal.....	9
Anemia.....	17
Infección urinaria.....	2
Papilomatosis (C. acuminata).....	1
IRS.....	3
Geca.....	2

A continuación presentamos la tabulación comparativa del número de partos y el número de aborto, atendidos en pacientes que acudieron al Hospital General "San Juan de Dios", en la sección de maternidad, durante el mes de noviembre de 1969.

En dicha tabulación se podrá comprobar la relación existente entre la ocurrencia de esos dos eventos, según la edad, la paridad y el número de los mismos en un período dado.

Así mismo se notará la incidencia hospitalaria, comparativamente de partos atendidos hospitalizadas con diagnóstico de aborto.

Número de pacientes atendidas con el diagnóstico de Aborto,  
durante el mes de noviembre de 1969. En la Sala de Complicaciones Pre-Natales del Hospital General "San Juan de Dios".

Fecha:	Noimb. <sup>1</sup>	Edad <sup>2</sup>	Dx. <sup>3</sup>	R.	M. <sup>4</sup>	Trat. <sup>5</sup>	G.	P.	Ab. <sup>6</sup>
1/11/69	M. C. M.	28	Ab. I <sup>7</sup>	20372-69	L. U <sup>8</sup>	3	2	1	
"	C. M. C.	40	"	20396-69	" "	7	5	2	
"	M. C. C.	33	"	20364-69	" "	4	3	1	
"	A. R. V.	19	"	17726-69	" "	1	0	1	
"	V. S. M.	38	"	20365-69	" "	3	1	2	
2/11/69	J. C. J.	31	"	15720-66	" "	2	1	1	
"	G. A. T.	25	"	20266-69	" "	3	2	1	
"	M. I. G.	17	"	20363-69	" "	1	0	1	
"	E. A. P.	37	"	20351-69	" "	5	4	1	
3/11/69	M. P. A.	16	"	08154-69	" "	1	0	1	
"	M. E. T.	21	"	20364-69	" "	2	1	1	
"	M. C. N.	28	Am. Ab. <sup>9</sup>	08025-66	Med. <sup>10</sup>	3	2	0	
"	B. A. R.	28	Ab. I.	16823-69	L. U	2	1	1	
4/11/69	P. R. P.	19	"	20231-69	" "	1	0	1	
"	M. M. A.	18	"	20577-69	" "	2	0	2	
5/11/69	M. E. M.	17	"	02238-67	" "	1.	0	1	
6/11/69	E. S. M.	19	"	18376-68	" "	3	1	2	
8/11/69	E. V. L.	40	"	01400-68	" "	7	6	1	
"	C. A. D.	40	"	20725-69	" "	6	4	2	
"	C. G. G.	26	"	20059-69	" "	4.	3	1	
9/11/69	A. M. A.	35	"	20762-69	" "	11	9	2	
"	M. T. S.	36	"	12476-58	" "	5	4	1	
"	P. A. O.	43	"	23545-63	" "	13	9	4	
10/11/69	I. C. S.	21	"	13268-64	" "	2	1	1	
"	I. Y. M.	25	"	20803-69	" "	3	2	1	
"	O. C. M.	22	"	18376-69	" "	3	1	2	
11/11/69	E. M. G.	20	"	20372-69	" "	1	0	1	
"	D. R. C.	17	"	20933-69	" "	1	0	1	
"	M. S. M.	33	"	20875-69	" "	5	3	2	
"	D. L. J.	20	"	20939-69	" "	2	1	1	
12/11/69	D. R. L.	19	"	08853-69	" "	1	0	1	
"	O. R. M.	25	"	21078-69	" "	4	2	2	
"	O. M. B.	22	Am. A	20744-69	Med.	2	1	0	
"	D. A. R.	17	Ab. I	20973-69	L. U	1	0	1	
"	M. C. C.	33	"	00123-66	" "	6	5	1	
"	M. D. I.	17	Am. A	20974-69	Med.	1	0	0	
"	M. D. B.	20	Ab. I	02548-68	L. U	2	1	1	
"	C. J. M.	30	" "	21092-69	" "	4	3	1	
13/11/69	V. G. A.	34	" "	18636-69	" "	3	2	1	
"	M. P. R.	25	" "	03842-68	" "	2	1	1	
"	J. P. G.	35	"	21081-69	" "	4	2	2	
14/11/69	V. D. S.	33	Am. A	18635-69	Med.	4	2	1	
"	J. M. L.	23	Ab. I	12037-69	L. U	3	1	2	
"	G. A. A.	29	"	06585-69	" "	4	1	3	
"	M. C. V.	28	"	17208-67	" "	3	2	1	
15/11/69	M. C. G.	30	"	21262-69	" "	2	1	1	
"	L. A. S.	24	"	21164-69	" "	1	0	1	

## CLAVE:

(Siguen...)

- 1) Iniciales del nombre
- 2) Edad en años
- 3) Diagnóstico
- 4) Registro médico
- 5) Tratamiento principal.
- 6) G: gestaciones P: partos Ab: abortos.
- 7) Aborto incompleto
- 8) Legrado Uterino
- 9) Amenaza de Aborto
- 10) Tratamiento médico.

Continúan...

15/11/69	M. R. S.	20	Ab. I	21163-69	L. U	2	1	1
"	M. D. B.	29	"	20650-69	" "	4	3	1
16/11/69	M. C. P.	29	"	12103-62	" "	5	3	2
"	G. A. B.	23	"	21323-69	" "	3	2	1
"	M. C. D.	34	"	24185-69	" "	4	3	1
"	Z. M. G.	21	Am. A	10631-67	Med.	1	0	0
"	M. D. A.	16	"	20733-69	"	1	0	0
17/11/69	D. S. O.	26	Ab. I	06585-69	L. U.	2	1	1
"	O. M. Q.	18	"	02592-69	" "	2	1	1
"	C. C. G.	30	"	21358-69	" "	5	4	1
18/11/69	M. A. G.	31	"	21417-69	" "	4	2	2
"	O. C. S.	27	"	21355-69	" "	3	2	1
"	J. C. O.	25	"	21574-69	" "	1	0	1
19/11/69	H. M. P.	17	"	21571-69	" "	1	0	1
"	M. L. D.	25	"	08633-67	" "	2	0	2
"	M. C. D.	18	"	21490-69	" "	1	0	1
20/11/69	R. M. A.	22	Am. A	21492-69	Med.	3	2	0
"	D. M. P.	33	Ab. I	21397-69	L. U.	5	4	1
"	M. C. M.	26	"	21683-69	" "	1	0	1
"	M. A. D.	34	Am. A	07698-65	" "	6	5	0
"	R. M. J.	14	Ab. I	21682-69	" "	1	0	1
"	M. C. G	33	"	03937-65	" "	7	5	2
22/11/69	O. M. O.	24	"	07087-67	" "	4	3	1
"	A. B. O.	28	"	21680-69	" "	4	2	2
"	A. G. L.	40	"	08078-66	" "	7	6	1
"	M. C. C.	29	"	28356-69	" "	2	0	2
"	E. C. V.	27	"	07881-69	" "	1	0	1
"	M. L. C.	19	"	21681-69	" "	1	0	1
23/11/69	C. M. C.	31	"	21840-69	" "	3	1	2
24/11/69	G. L. O.	36	"	21836-69	" "	4	3	1
"	D. M. E.	31	"	17920-66	" "	3	2	1
"	S. D. L.	27	"	08238-63	" "	2	0	2
"	L. R. O.	38	"	18896-61	" "	5	4	1
26/11/69	F. R. C.	24	"	21972-69	" "	2	1	1
"	A. R. G.	27	Am. A.	24563-68	Med.	3	1	1
"	E. A. C.	38	Ab. I.	22077-69	L. U	6	5	1
"	L. V. M.	36	"	40499-69	" "	3	2	1
27/11/69	M. P. J.	23	Ab. I.	22038-69	" "	2	1	1
"	M. L. S.	28	"	21488-69	" "	5	3	2
"	M. S. V.	32	"	22091-69	" "	2	1	1
"	I. M. H	37	"	22132-69	" "	1	0	1
28/11/69	Z. L. C.	24	"	22153-69	" "	4	2	2
"	I. L. L.	17	"	19429-58	" "	1	0	1
"	M. P. D.	45	"	19836-69	" "	7	6	1
"	M. R. M.	39	"	22188-69	" "	3	1	2
29/11/69	G. A. R.	27	"	24563-68	" "	4	3	1
"	E. C. G.	27	"	22198-69	" "	2	1	1
30/11/69	M. R. A.	17	"	22126-69	" "	1	0	1
"	E. M. H.	42	"	00042-64	" "	6	5	1

Estos datos fueron tomados de los libros correspondientes, en que se verifica el control cotidiano de dicha atención hospitalaria; siempre se hace constar que los datos que fueron compilados están sujetos a los errores que suelen darse en - trabajos de esta naturaleza.

(Ver cuadros en páginas siguientes)...

Partos atendidos en la Sección de Maternidad del  
Hospital General "San Juan de Dios", en la Sala de La-  
bor y Partos, durante el mes de Noviembre de 1969.-

Fecha:	Nombre:	Edad:	Reg. Méd.:	G.	P.	Ab.
1/11/69	M. R. A.	33	20344-69	2	2	0
"	M. J. C.	26	00820-69	4	4	0
"	M. V. D.	35	S/. R. M <sup>11</sup>	13	9	4
"	M. C. M.	24	S/. R. M	4	4	4
"	C. G. A	29	"	2	1	0
"	M. G. L.	35	"	7	5	2
"	C. M. G.	18	"	1	1	0
"	E. M. D.	25	"	6	6	0
2/11/69	J. A. E.	25	00781-69	5	4	1
"	M. R. M.	31	00976-69	3	3	0
"	M. C. G.	23	S/. RM.	3	3	0
"	G. J. R.	17	00915-69	1	1	0
3/11/69	M. I. A.	35	S/RM.	11	8	3
"	G. M. H.	27	17726-66	4	4	0
"	Y. R. A.	29	17163-63	6	4	2
"	A. R. A.	22	S/RM.	1	1	0
4/11/69	G. P. C.	21	"	2	2	0
"	C. V. R.	17	"	1	1	0
"	E. L. G.	34	"	10	10	0
"	F. E. L.	32	"	4	4	0
5/11/69	R. M. Q.	22	16624-69	2	2	0
"	C. C. O.	20	S/RM.	3	3	0
"	E. P. G.	21	20574-69	1	1	0
"	L. S. M.	27	S/RM.	3	2	1
"	R. C. O.	40	00639-69	5	4	1
"	A. J. Q.	20	S/RM	3	2	1
6/11/69	R. O. C.	22	00648-69	3	3	0
"	O. M. O.	25	S/RM.	2	2	0
"	C. U. C.	18	"	2	2	0
"	L. J. C.	35	"	4	4	0
"	O. J. G.	17	"	1	1	0
"	M. S. L.	20	"	2	2	0
"	E. T. G.	19	11117-67	1	1	0
7/11/69	M. J. C.	24	S/RM.	7	5	2
"	D. M. S.	17	"	1	1	0

11) Sin Registro Médico.

7/11/69	R. Z. P.	28	S/RM.	4	4	0
"	A. P. A.	29	"	5	5	0
"	E. B. Y.	18	"	2	2	0
"	M. C. C.	19	"	2	2	0
"	F. A. C.	23	06191-69	1	1	0
"	M. C. D.	25	S/RM.	5	5	0
8/11/69	C. G. L.	29	"	4	4	0
"	J. U. M.	18	00949-69	1	1	0
"	A. M. G.	20	00729-69	1	1	0
"	E. J. P.	23	S/RM	7	6	1
9/11/69	E. G. F.	18	"	2	2	0
"	M. A. M	22	00966-69	3	2	1
"	M. G. I.	15	00958-69	1	1	0
"	C. M. C.	22	S/RM.	3	3	0
"	L. G. R.	16	"	1	1	0
"	J. R. G.	18	"	3	2	1
"	A. M. P.	19	00708-69	1	1	0
"	E. M. M.	20	00958-69	1	1	0
"	N. B. D.	18	S/RM.	3	2	1
10/11/69	J. C. P.	19	10841-68	2	1	1
"	T. S. L.	40	S/RM	11	11	0
"	S. E. O.	37	00584-69	2	2	0
"	M. O. G.	18	S/RM	2	2	0
"	I. Y. T.	20	"	4	4	0
"	B. A. R.	25	18033-56	1	1	0
11/11/69	J. G. G.	20	00831-69	2	2	0
"	R. E. C.	19	S/RM.	1	1	0
"	G. N. L.	28	"	6	6	0
"	M. C. C.	19	27807-56	1	1	0
"	R. E. C.	33	S/RM	6	6	0
"	M. C. L.	21	"	3	3	0
"	M. O. C.	18	20988-69	1	1	0
"	E. A. S.	26	14011-66	1	1	0
"	I. B. S.	43	00631-69	1	1	0
"	G. S. B.	22	21032-69	2	1	1
12/11/69	R. M. P.	42	01074-69	10	9	1
"	O. D. M.	24	00978-69	3	3	0
"	F. A. P.	25	21086-69	5	5	0
"	R. G. Z.	28	S. RM.	1	1	0
"	M. L. L.	26	"	3	3	0
"	M. T. A.	24	12380.69	2	2	0

12/11/69	Y. B. E.	20	02211-69	4	4	4
"	L. M. P.	22	S/RM.	5	5	0
"	C. C. P.	22	"	5	4	1
"	D. H. L.	36	"	8	6	2
13/11/69	E. T. L.	19	"	2	2	0
"	A. R. O.	35	"	8	8	0
"	M. G. L.	15	"	1	1	0
"	D. R. O.	35	"	3	3	0
"	J. J. M.	35	"	7	7	0
"	O. A. G.	19	"	1	1	0
"	M. B. I.	23	"	4	4	0
"	B. I. M.	39	"	7	6	1
"	A. H. O.	35	"	4	4	0
"	H. C. Z.	16	"	1	1	0
"	J. D. C.	26	00869-69	3	3	0
"	C. L. O.	21	21211-69	3	3	0
14/11/69	M. T. L.	19	S/RM	1	1	0
"	G. M. T.	16	"	1	1	0
"	M. N. T.	21	"	2	2	0
"	O. M. G.	19	"	1	1	0
"	M. Z. A.	35	"	5	5	0
"	M. C. R.	22	"	1	1	0
"	M. A. G.	19	00296-69	1	1	0
"	C. L. F.	21	21167-69	1	1	0
15/11/69	M. M. O.	21	17277-69	1	1	0
"	A. R. A.	19	S/RM	5	5	0
"	A. G. L.	24	"	3	3	0
"	G. L. T.	17	"	1	1	0
"	A. S. A.	19	"	1	1	0
"	A. C. C.	35	"	3	3	0
"	V. D. A.	19	"	4	4	0
"	M. L. C.	29	"	5	5	0
16/11/69	M. M. V.	35	"	4	4	0
"	M. C. A.	27	"	4	4	0
"	G. R. P.	23	"	3	3	0
"	Z. E. B.	20	"	2	2	0
"	B. L. C.	25	00662-62	1	1	0
17/11/69	J. D. R.	26	S/RM.	3	3	0
"	M. S. I.	41	"	2	2	2
"	M. C. G.	28	"	5	5	0

17/11/69	C. L. R.	18	S/RM.	1	1	0
"	M. A. M.	21	"	2	2	0
"	J. M. D.	19	20551-64	1	1	0
"	I. A. R.	30	00780-69	2	2	0
"	R. D. L.	42	S/RM.	4	4	0
18/11/69	D. M. L.	36	"	1	1	0
"	A. M. E.	28	"	3	3	0
"	J. C. B.	32	"	2	2	0
"	B. S. M.	28	"	4	4	0
"	E. M. J.	34	"	9	7	2
"	C. C. R.	26	01090-69	2	2	0
"	V. A. P.	19	S/RM.	1	1	0
"	E. P. Z.	21	"	1	1	0
"	M. A. S.	35	"	7	7	0
"	A. R. O.	22	"	1	1	0
"	J. C. S.	38	"	5	3	2
"	M. M. C.	18	00188-69	1	1	0
19/11/69	Z. E. G.	18	S/RM.	1	1	0
"	J. B. R.	22	00909-69	3	3	0
20/11/69	M. T. S.	22	00841-69	3	3	0
"	S. M. R.	27	05430-68	9	9	1
"	M. C. H.	18	S/RM.	1	1	0
"	J. M. P.	30	"	6	6	0
21/11/69	A. G. S.	30	"	6	5	1
"	M. M. J.	18	"	1	1	0
"	C. C. H.	30	18195-63	2	2	0
"	J. C. M.	17	00919-69	1	1	0
"	J. G. R.	30	21465-69	1	1	0
22/11/69	G. A. H.	14	S/RM.	1	1	0
"	M. O. B.	25	"	2	2	0
"	O. M. T.	33	"	3	3	0
"	M. T. M.	24	"	2	2	0
"	M. J. E.	22	21779-69	3	1	2
"	C. C. C.	22	22727-68	1	1	0
23/11/69	M. R. S.	27	21299-69	1	1	0
"	A. O. M.	18	S/RM.	1	1	0
"	M. M. R.	30	"	6	5	1
"	E. M. C.	27	"	3	3	0
24/11/69	M. J. C.	24	"	4	4	0

24/11/69	G. C. M.	24	S/RM.	1	1	0
"	R. C. M.	36	13500-63	3	3	0
25/11/69	M. G. S.	21	01033-69	4	4	0
"	B. L. E.	27	S/RM.	2	2	0
"	I. L. S.	18	21859-69	1	1	0
"	L. G. C.	18	25089-68	1	1	0
"	A. F. S.	15	22861-69	1	1	0
"	A. J. M.	20	01057-69	1	1	0
"	T. T. P.	20	S/RM	2	2	0
26/11/69	M. A. S.	19	"	1	1	0
"	A. D. S.	17	01083-69	2	2	0
"	J. H. O.	23	03057-69	2	2	0
"	T. P. L.	40	S/RM	10	10	0
"	G. T. F.	22	"	2	2	0
"	M. C. L.	19	"	1	1	0
27/11/69	M. D. G.	29	"	5	5	0
"	A. H. O.	24	"	1	1	0
"	M. V. A.	40	"	7	7	0
"	G. G. E.	22	"	1	1	0
"	D. L. C.	19	"	1	1	0
"	V. L. A.	33	"	.8	8	0
"	E. V. O.	22	25510-68	6	4	2
"	L. S. P.	19	00997-69	1	1	0
"	M. M. P.	21	00853-69	4	4	0
28/11/69	M. C. A.	16	S/RM.	1	1	0
"	L. L. G.	41	"	14	14	0
"	Z. O. M.	30	"	4	4	0
"	C. C. R.	20	00877-69	2	1	1
29/11/69	M. A. P.	20	S/RM.	3	3	0
"	J. L. D.	27	"	3	2	1
30/11/69	M. D. S.	20	00179-69	1	1	0
"	T. M. L.	16	01064-69	1	1	0
"	A. F. L.	35	S/RM.	5	4	1
"	D. M. C.	24	"	2	2	0
"	S. M. N.	21	03680-69	2	2	0

TABLA COMPARATIVA

	En Registro de Abortos:	En Registro de Partos:
- Máxima edad de ocurrencia.....	45 años	43 años
Mínima edad de ocurrencia.....	14 "	14 "
Edad promedio.....	27.2	26.3
- Máxima paridad.....	13 partos	14 partos
Mínima paridad.....	0 "	1 "
Paridad promedio.....	4.2	5.4
Máxima cantidad de abortos..... (ocurridos por paciente)	4 abortos	3 abortos
Mínima cantidad de abortos (ocurrido por paciente).....	1	0
Ocurrencia promedio.....	1.7	0.15
Total de atendidos en un mes.....	96 Ab.	191 partos.

Debemos de mencionar que en cuanto a la conducta terapéutica que se siguió en los casos estudiados de aborto, que es la misma que se observa actualmente en el Hospital General, es más bien rutinaria. Básicamente se prescribe reposo, analgésicos; si hubo pérdida considerable de sangre y clínicamente lo necesita, se administra transfusión sanguínea. Si presenta signos de deshidratación se prescribe soluciones endovenosas.

En virtud de que actualmente se considera que no existe evacuación completa

espontánea del útero después de un aborto y que la hemorragia es signo importante de presencia de restos placentarios en el mismo; se efectúa legradío instrumental en prácticamente todas las pacientes a quienes se hace el diagnóstico clínico de aborto incompleto y siempre que no coexista contraindicación clínica para ello, tal podría ser: infección secundaria, shock hemorrágico, trastornos hematológicos específicos, etc. En cuyo caso se corrigen primero dichas condiciones y luego se procede a evacuar el útero.

El cuadro clínico conocido como aborto séptico es una complicación relativamente frecuente y su tratamiento requiere el acopio integral de recursos terapéuticos encaminados a corregir el severo daño celular que las toxinas bacterianas provocan en el organismo con sus secuelas metabólicas conocidas.

#### VIVENCIAS PRE-CONCEPCIONALES: (IV)

Lo transcripto a continuación es el resultado de interrogatorio efectuado en un grupo de 30 muchachas nubiles escogidas al azar de entre las pacientes que acuden a la Admisión del Hospital General "San Juan de Dios", sus edades oscilaron entre los 14 y los 16 años. El método usado fué la entrevista personal con interrogatorio oral.

Respondieron en la siguiente forma:

- Tienen novio.....	19
No tienen novio.....	11
No han tenido novio.....	3
- Quieren casarse.....	29
No quieren casarse.....	1
- Número de hijos que desean tener:	
a) un hijo.....	1
b) Más de un hijo.....	29
c) no más de tres hijos.....	24
d) más de tres hijos.....	5
-Concepto adecuado de desfloración...	12
Concepto erróneo de desfloración....	18
-Conocen bien biología del embarazo..	9

no conocen bien la biología del embarazo....	21
-Concepto adecuado de aborto.....	14
concepto erróneo de aborto.....	16
-Conocen anatomía de genitales.....	12
No conocen anatomía de genitales.....	18
-Máximo grado de instrucción (Ed. media)...	1
menor grado de instrucción (Ed. primaria) ..	18
mínimo grado de instrucción (analfabeta)...	11
-Hijas de hogar completo.....	17
Hijas de hogar incompleto.....	13
- Concepto adecuado del parto.....	14
Concepto inadecuado del parto.....	16

En términos generales pudimos comprobar a través de nuestro interrogatorio que la mujer nubil no sueña, como lo principal en su futuro, con ser madre. Cuando preguntamos V.G.: Su anhelo más grande es ser madre? la generalidad respondió: "Lo primero es que haya quien lo respalde a una". --- Cuando preguntamos: Le gustaría tener seis hijos?. Ah no, Dios me guarde, muchos!.. 'lo más tres'; respondió la mayoría.

Algo a lo que la mayoría teme es a la desfloración, pues tienen un concepto muy inadecuado de este hecho, la mayoría de las interrogadas tienen la idea errónea de que el hombre es quien "les forma la vagina" en el pri-

mer coito.

De lo más interesante es que para la mujer sea de singular importancia la condición económica de su futuro cónyuge; tanto como lo es el hecho de que responda a las exigencias de su personalidad. Es decir que en la mayoría de los casos, lo que importa a la muchacha es, para decirlo con palabras textuales, "asegurarse el provenir". Aunque es indudable que hay casos como el de una muchacha que nos dijo: "prefiero mantener a mi marido con tal que se porte bien", es decir, con tal de poder manejarlo aunque haya que mantenerlo. Esto se ve corroborado cuando preguntamos: U.d. prefiere un hombre guapo pobre o un feo pero con dinero? La mayoría estuvieron de acuerdo en que "lo principal es tener siempre lo necesario"; o bien "hoy en día el dinero es lo que cuenta"; o aún más "prefiero comer con un feo que morirme de hambre con un guapo".

Todas las entrevistas que dijeron tener novio estuvieron de acuerdo en que sí podrían dejarlo por un partido mejor, si la ocasión ocasión se presentaba. - Y cómo sería un partido mejor? "Ah, pues uno que me respalde más". Y cómo la respaldaría mejor ese otro?; "bueno, pues si tiene un mejor trabajo, si es mejor preparado"; fueron respuestas generales.

El concepto que la mayoría de muchachas tienen de los hechos de reproducción, son en general erróneos, aunque la mayoría tiene clara conciencia de lo más rudimentario.

La mayoría consideran el embarazo como una enfermedad y creen que es injusto que "solo la mujer tenga que pagar el pecado". Llamando de esta manera a la concepción, pues al coito sin concepción no lo consideran como tal. Al respecto también debemos mencionar que un reducido número, ante todo entre las más jóvenes, consideran inclusive al noviazgo como "un pecado".

La mayoría están de acuerdo que es mejor casarse según todas las normas establecidas (religiosas y civiles).

Todas coinciden en que el porvenir para una soltera es mejor si permanece virgen que si deja de serlo antes de casarse, le conceden a la virginidad un valor material muy importante, casi la capitalizan.

Todas también aceptan que el hombre se siente más "atruido" por una mujer que muestra cariño por los niños (siendo novios) que por una que no lo hace así.

Aceptan unanimemente que la familia debe planificarse según la situación económica y todas estarían dispuestas a hacer lo así al casarse, de modo que sujetarían el número de hijos al status económico prevaleciente.

Solo cinco de las muchachas entrevistadas tienen una idea clara y preconcebida de que en el matrimonio tratarán de buscar eugenésia; dicho concepto no es claro para estas cinco mujeres, sino en cuestiones muy superficiales. El resto no habían pensado en ello.

La mayoría mostró sentimiento de asco hacia lo genital y el tema de la masturbación fue soslayada en todos los casos.

Todo lo anterior constituye lo que hemos hallado acerca de lo que la mujer piensa de la vida conyugal cuando aún es nubil y estos conceptos quedan basados en el terreno de lo subjetivo.

## V. VIVENCIAS DE LA PREÑEZ.

Para tratar de establecer las diversas experiencias de la mujer encinta, - entrevistamos a un grupo de 50 pacientes de las que acuden a la Consulta Externa de la Sección Prenatal de Maternidad y en la Sala de Labor y Partos -- del Hospital General "San Juan de Dios". Los datos consignados, por lo tanto, se refieren a las mujeres que suelen consultar en nuestro medio hospitalario no privado.

El método utilizado fue la entrevista verbal, con preguntas similares para la totalidad de las pacientes, quienes oscilaron entre los 14 y 44 años de edad y entre la 9a. y la 40a. semanas de embarazo.

Entre los principales datos obtenidos tenemos:

- Mayor edad.....	44 años
Menor edad.....	14 años
Edad promedio.....	27 años
Mayor edad de embarazo.....	40 semanas
Menor edad de embarazo.....	9 semanas
Promedio de edad de embarazo.....	28 semanas
- Mayor número de gestaciones.....	14
Menor número de gestaciones.....	1
Promedio.....	5.5
- Sin enfermedad colateral.....	36

con enfermedad colateral.....	14
(anemias, parasitismo intestinal, infección urinaria, papilomatosis, enfermedad péptica, etc.).	
- Con trastornos secundarios al embarazo	18
Sin trastornos secundarios al embarazo	32
- Viven conyugalmente.....	38
Solteras.....	12
- Planearon embarazo.....	18
Embarazo futuro.....	32
- Quieren hijo de sexo masculino.....	31
quieren hijo de sexo femenino.....	19
- Asalariadas.....	16
No trabajan.....	35
- Ocupaciones:	
a) Maestras.....	1
b) Modistas.....	2
c) Fámulas.....	11
e) Comerciantes.....	3
f) Estudiante.....	2
g) Amas de casa.....	25

- Con antecedentes de aborto.....	12
Sin antecedentes de aborto.....	38
- Con antecedentes de distocia.....	3
Sin antecedentes de distocia.....	47
- Desean someterse a control artificial de natalidad.....	42
No desean someterse a dicho control.....	8
- Desean planificar familia.....	50
- Desean anticonceptivos orales.....	16
Desean anticonceptivos parenterales.....	5
Desean espiral intrauterina.....	4
Desean ligadura de trompas de falopio....	8
Desean seguir ritomo natural.....	15
Desean que su cónyuge sea ligado.....	2

La anterior tabulación muestra los datos de importancia que pudimos hallar a través de las entrevistas que realizamos. Cabe aún señalar que -- también pudimos establecer la existencia de factores existenciales que ocurren en la mujer durante el embarazo y que por ser de carácter subjetivo no pueden aparecer tabulados. Tal es el caso del estado emocional de la preñada.

En general, ante todo, las multigrávidas confiesan recibir con angustia la amenorrea. La actitud más común es de resignación más que de júbilo y ello

es perfectamente explicable en este período puesto que, como es sabido, además de los trastornos puramente orgánicos secundarios a la gestación, hay trastornos emocionales bien definidos y estudiados.

Para De Lee, el embarazo es una "enfermedad" de nueve meses de duración.

La mayoría de obstetras no aceptan esta opinión, por el contrario para ellos el embarazo, el parto y el puerperio es un proceso fisiológico normal. Sin embargo, muchas veces seguido el curso de un embarazo nos hallamos frente a trastornos de orden psíquico que son inherentes al mismo y que requieren atención médica especializada.

La primera patética vivencia de la generalidad de las mujeres ocurre cuando esperan con temor la ocurrencia de una amenorrea. Es muy frecuente que las mujeres teman el embarazo a tal grado que es común oír las expresiones: "y peor si no me viene!"; o bien "¡peor si otra vez estoy esperando!"; u otras veces "vaya que ya me vino!". Llegamos incluso a escuchar la siguiente definición que del ciclo menstrual tiene una mujer: "La menstruación es como las sirvientas, mal con ellas y peor sin ellas".

Esto se ve apoyado por el hecho probado de que para un número considerable de mujeres, el deseo sexual, en su comienzo, es acompañado de dos poderosas sensaciones de placer: el miedo y el asco. Las dos tienen que ser vencidas por la fuerza del instinto. Pero cuanto más fuertes sean estas sensaciones de placer,

tanto más fuerte es la resistencia femenina contra el acto sexual. Si entonces se produce el embarazo y éste es indeseado, por cualquier motivo, aparece en el alma de la mujer el conflicto por la idea de que su asco y su miedo hubiesen defendido mejor su persona contra lo no querido; y en muchas ocurren graves trastornos que suelen manifestarse por la llamada "hiperemesis gravídica", constituyendo el vómito el substituto psíquico de la fuerte repugnancia que no se produjo a tiempo.

De nuestras entrevistadas, tanto en trabajo de parto como aquellas que acudieron al hospital con cuadro clínico de aborto, la mayoría aceptaron tácita o expresamente que sintieron temor de su embarazo antes de tener la certeza del mismo y que al saberse encinta algunas experimentaron "arrepentimiento" y la mayoría se expresó de la siguiente manera: "ahora que sea lo que --- Dios quiera" o bien, "ya que esa es la voluntad de Dios, que le vamos a hacer". Las de mayor edad y con pocos o ningún hijo deseaban con vehemencia tenerlo.

E nuestro medio no se hallan trastornos existenciales de la gestación porque no se investigan. En general en cualquier etapa del embarazo (gestacional, parto, puerperio o aborto), se trata a la paciente desde un punto de vista puramente físico y, aunque afortunadamente no todos, si hay un buen número de especialistas que sólo piensan e insisten en lo estrictamente orgánico y sostienen erróneamente el aspecto psíquico o espiritual de la mujer. Ello puede

ser comprobado en la papelería que se utiliza como ficha clínica de las pacientes, donde no hay un solo espacio en el que se considere el aspecto anímico de las mismas.

Si se insiste y se encamina un interrogatorio con el objeto de investigar el estado emocional de las embarazadas, hallaremos que la mayoría de ellas terminan confesando situaciones conflictivas inherentes a su estado.

Nosotros encontramos en nuestro trabajo abundante material de este tipo. La mayor parte de multiparas V.G., quedaron embarazadas muy a su pesar, adoptando luego una actitud de "ya que Dios lo dispuso así, que se le va a hacer". Y dicha actitud fue justificada por ellas mismas en base a su precaria situación económica que como es sabido muchas veces llega a lo dramático.

Durante el embarazo controlado en el Hospital por Consulta Externa, se halló náuseas y vómitos de importancia en ocho de 50 pacientes entrevistadas; ninguna requirió encamamiento.

La mayoría de las primigravidas revelaron sentimiento de temor a la muerte durante el trabajo del parto. Durante el puerperio varias pacientes manifestaron sentirse desadaptadas y con temor de no cumplir a cabalidad con su papel de madres (primíparas). Dos de ellas habían sido abandonadas por su cónyuge y fué expresión de ambas: "El niño no tiene la culpa"; "él tiene que responder por su falta".

## VI. VIVENCIAS DE LA INTERRUPCIÓN DE LA PREÑEZ

Estudio efectuado en 50 pacientes que fueron atendidas en el Hospital General "San Juan de Dios" con el diagnóstico genérico de aborto. Varios de los datos complementarios de este aspecto podrán hallarse en el capítulo III de este trabajo.

Lo primero que sorprende en las pacientes que consultan al hospital es la franqueza con que abordan su problema y que denota amplia conciencia del mismo. Así, a la pregunta Que la trae al hospital señora?, responden con mucha frecuencia: "creo que es aborto doctor".

La causa principal de consulta hospitalaria es hemorragia vaginal y la comparación de la ocurrencia del aborto con otras condiciones colaterales ya ha sido expuesta (ut retro). Aquí nos limitaremos a exponer nuestros hallazgos de los más significativo que vive la mujer cuando le ocurre un aborto.

Empezaremos por apuntar que aparte del 70% de abortos espontáneos que ocurren aparentemente en relación con anomalías del desarrollo del huevo, nosotros creemos que hay factores emocionales definitivos que coexisten como causa de aborto. A este respecto hemos revisado los estudios de Squier y Dumbar del comité de Gineco-Obstetricia de la Sociedad Psicosomática Americana, dichos autores han presentado un interesante trabajo que muestra con cierto detalle las relaciones de conflictos emocionales con un número importante de abortos espontáneos en observaciones llevadas a cabo durante 25 años.

Acerca de las relaciones neurofisiológicas y psíquicas del aborto, hay importantes aportaciones de autores como Salerno y Sala; Martius; Markee, Read; Lium y Porter; Reynolds; Malpas, Mohr, Robertson y Stallworthy. Mas adelante haremos una relación de los más importantes hechos y de las teorías más recientes -acerca de la naturaleza emocional del aborto no explicado por otras causas.

En el estudio que hemos realizado, hallamos indiscutibles conflictos existenciales en las pacientes en quienes había ocurrido aborto y creemos que dichas condiciones siempre acompañan a este hecho; pero debido a que tradicionalmente no se enfatiza en el aspecto psíquico, sino que se encamina el examen clínico solamente hacia los hallazgos físicos; no se ha podido establecer en nuestro medio relaciones de este tipo.

En cuatro pacientes hallamos la evidencia declaración de que "fué mejor - que ocurriera así" (refiriéndose al aborto). Se trataba de cuatro jóvenes solteras, primigrávidas, con evidentes problemas por su condición de soltería. Una de ellas nos confesó: "lo que quiero es que en mi casa no se sigan oponiendo a que me case con mi novio, por eso lo hice" (se refieren a sus relaciones sexuales); y a la pregunta Pero usted quiere tener un nene?, respondió: "bueno, si - se hubiera logrado lo hubiera tenido, pero ya que Dios dispuso otra cosa, pues ... mejor".

Otra de las pacientes entrevistadas, de 26 años de edad, divorciada, -- con tres hijos menores, acudió al hospital diez días después de haber ocurrido evidente interrupción de un embarazo no deseado, producto de sus relaciones amorosas no legalizadas. En esta paciente se hizo el diagnóstico de aborto secundario infectado y el cual se complicó evolucionando a una septicemia comprobada con hemocultivo y acompañada de la consecutiva toxemia.

La paciente revelaba evidente temor a la muerte y en nuestro interrogatorio encaminado a determinar la causa de su aborto, dejó entrever que éste había sido provocado, sin llegar a decirlo claramente; se estableció eso sí, que su embarazo había sido fortuito y no deseado por razones que evidentemente se supondrán. Cabe anotar que este caso tuvo un desenlace fatal, y que fue en la mesa de autopsia donde se comprobó el diagnóstico clínico de shock séptico pero la necropsia de su alma no pudo llevarse a cabo.

Mas adelante citaremos las estrictas relaciones psicodinámicas que guarda el SNC. con el aparato genital de la mujer y hablaremos así mismo de las manifestaciones anatómicas halladas experimentalmente. Baste decir por ahora que detrás de un aborto puede haber muchas veces una historia terrible y que este no es más que una manifestación material de insondables problemas del espíritu.

#### VII. PUNTO DE VISTA MEDICO:

Los especialistas de la gineco-obstetricia en nuestro medio, que son quienes con más frecuencia asisten a las pacientes con aborto, tienen especial opinión con respecto a los factores psíquicos que lo determinan. En nuestro paso hospitalario por las salas de esta especialidad, como estudiante de medicina, pudimos observar absoluta indiferencia por parte de los médicos hacia el aspecto psiquiátrico de las pacientes.

Para este trabajo entrevistamos personalmente a varios médicos de diferentes especialidades y que laboran en nuestros hospitales.

En algunos ginecólogos advertimos cierta curiosa hostilidad hacia los psiquiatras y aún hacia los aspectos psicológicos de las pacientes. El Dr. A., que es uno de los más connotados ginecólogos de nuestro país, no dió su opinión radical: Dr. le preguntamos; Cree usted que los factores psíquicos son determinantes en la producción del aborto? "definitivamente no, - fué su respuesta-- los factores son eminentemente orgánicos".

Los demás especialistas entrevistados estuvieron por lo común de acuerdo con que la mayoría de las veces las causas de aborto son orgánicas, pero si creían que a veces puede ser acompañado de conflictos emocionales.

Pudimos apreciar claramente que el concepto respecto del aborto, aún a nivel profesional de nuestros especialistas en la materia, se halla claramen-

te influenciado por lo que tradicionalmente se ha afirmado.

Podemos decir claramente que los ginecólogos y obstetras subestiman la influencia de la psiquis en el proceso del aborto y hay que darle la razón a Rudolph Denker, cuando dice: "Los ginecólogos no conocen a la mujer -- más que exteriormente; interiormente no la conoce ni Dios, que la creó".

Y es que al abordar los problemas femeninos parece como si éstos médicos consideraran a la mujer únicamente como constituida por los órganos sexuales propiamente dichos.

Si la mujer es tan difícil de conocer interiormente, si sus más íntimos sentimientos al respecto del amor, de la maternidad y del placer nos son desconocidos en buena parte, no podemos decir fácilmente la conducta que deberá tomarse cuando abordemos problemas tan propios de ella, como lo son aquellos que conlleva el embarazo no deseado o el aborto que ocurre ocasionalmente un profundo sentimiento de culpabilidad.

Al ser interrogados en nuestra entrevista los especialistas mencionados, al respecto de si se debe atender afirmativamente la solicitud de aborto de una mujer con severos problemas existenciales, la respuesta fué que definitivamente "no", porque lo consideran fuera de la ética profesional, contrapuesto a los preceptos religiosos y además ilegal.

A parte de las escasa indicaciones médicas del aborto terapéutico, los --

profesionales no creen que haya indicación psiquiátrica que justifique el aborto.

La mayoría están así mismo de acuerdo con que deben ser severamente castigadas las personas que provoquen premeditadamente el aborto en forma clandestina y en contra de toda ética.

Todos nuestros entrevistados estuvieron esencialmente de acuerdo con la legislación actual del aborto, explicando que es adecuada en vista de los patrones culturales que tenemos y que no están de acuerdo con que haya razones sociales económicas o aún psíquicas suficientes que determinen en ningún caso justificación alguna para interrumpir la preñez.

Al ser interrogados los médicos en relación a lo que opinan o conocen de la incidencia de los trastornos emocionales de la mujer que queriendo abortar no lo consigue y de los trastornos psíquicos de los hijos no deseados, la respuesta unánime fue que desconocían tal incidencia. También desconocen con certeza la incidencia del aborto criminal.

No hay acuerdo unánime en que una preñez no deseada provoque neurosis francas, aunque el doctor B., nos refirió que conoció de una paciente que al saberse embarazada de un amante, se suicidó. Algunos sí admitieron que la psicoterapia es útil en algunos casos de emociones conflictivas coexistentes con el embarazo.

### VIII. ALGUNAS CONSIDERACIONES PSICODINAMICAS

Hemos de considerar que el proceso de la gestación en la mujer tiene que ser contemplado desde dos puntos de vista: el aspecto puramente orgánico y el inexplorado aspecto psíquico, que en este período de la vida de una mujer, aunque no siempre, si muchas veces, le significa trastornos emocionales marcados, sobre los que debe estar atento el médico para prestarle la ayuda necesaria.

Debe ser apuntado que para una mejor comprensión de esos dos aspectos, la mujer debe ser evaluada al mismo tiempo que por el obstetra, también por el psiquiatra, cuando esto fuere preciso.

Aunque en justicia hemos de reconocer que los estudios psiquiátricos a este respecto aún son deficientes y dejan muchas lagunas para el médico, ya que el campo recién se indaga.

Read menciona en sus estudios psiquiátricos de la obstetricia lo que él llama "síndrome de miedo, tensión, temor" del trabajo de parto. Este autor fue de los primeros en describir los factores psicosomáticos del embarazo y explicó algunos de los mecanismos que en este sentido dan lugar al síndrome mencionado; su trabajo concuerda con los lineamientos globales de la psicodinamia moderna. No olvidemos que toda la medicina es psicosomática y que las emociones están siempre involucradas en algún proceso fisiológico, ya sea de salud o -

de enfermedad. Por ello el médico no debe olvidar el impacto que significa el embarazo para su paciente, comparando las experiencias de su vida pasada y las situaciones presentes que involucra el mismo, es decir, que a juicio nuestro, la comprensión de la situación mental o emocional de la paciente embarazada es tan importante como el conocer las medidas de su pelvis.

Ya hemos mencionado que actualmente y en nuestro medio el médico solaya erróneamente el enfoque franco de los problemas psiquiátricos de su paciente. Es notorio que en las salas hospitalarias de gineco-obstetricia la visita médica rutinaria se lleva a cabo con imusitada prisa y nunca se "tiene tiempo" de escuchar cuestiones que expongan las pacientes, que no sean de naturaleza estrictamente genital en su sentido orgánico más superficial. Solo se está al acecho de posibilidades quirúrgicas y cuando esas surgen, el regocijo es manifiesto en los especialistas. Hasta existen trucos con los que se justifican operaciones ginecológicas en servicios de obstetricia y operaciones obstétricas en servicios de ginecología.

Cohen hace notar que el obstetra debe tratar de comprender la personalidad aprehensiva de su paciente para evaluar y pronosticar su estado emocional, tanto como lo hace con la mecánica física del embarazo, el trabajo de parto y el puerperio claro está que para el médico sin orientación psiquiátrica la personalidad aprehensiva de una paciente puede ofrecer dificultades puesto que las -

experiencias emocionales tienen diferente significado para diferentes pacientes; algo más, una embarazada puede asumir una actitud determinada mientras en el fondo sus sentimientos son contradictorios a dicha actitud. Si por ejemplo, una mujer puede manifestar conscientemente el ferviente deseo de tener un hijo, mientras que inconscientemente tiene miedo y trata de rehuir la responsabilidad de su maternidad. Por otro lado, otras mujeres pueden mostrar aparente disgusto por su preñez y por la maternidad e inconscientemente quieren a su niño. El reconocimiento temprano de estas situaciones conflictivas puede ayudar al obstetra al mejor control del curso del embarazo de su paciente.

Desde tiempo inmemorial el embarazo ha sido considerado como el acmé del desenvolvimiento psico-sexual femenino; al parecer la presencia o ausencia de un desenvolvimiento adecuado emocional en la niñez, un período adolescente bien encausado, un ajuste conyugal satisfactorio y un deseo sincero de tener un hijo son indicadores de si la psicología de la mujer es apropiada para tener un niño. Hay ciertos factores que pueden ser desfavorables a la preñez: un embarazo que ocurre muy poco después del casamiento o que ocurre muy poco después de una preñez previa, o un matrimonio inseguro.

Es bien conocido que en la mayoría de matrimonios infelices no es deseado un niño y en ellos la aversión a la preñez es común. También una desfavorable actitud del esposo frente al embarazo de su cónyuge determina cambios en ella. Otras causas de aversión por la preñez están apoyadas en factores económicos,

número excesivo de hijos en la familia o el temor de que las relaciones maritales puedan ser afectadas adversamente, por el embarazo presente. Las limitaciones físicas y sociales impuestas por la preñez pueden ser causa de resentimiento y aversión a la misma. También la demasiada solicitud hacia el futuro hijo por parte del esposo y parientes más cercanos puede hacer que la madre vea en aquél a un competidor. También se dá el caso de mujeres que sienten aversión por la preñez en vista de que interfiere en su carrera. El resentimiento o aversión por el embarazo, puede no estar lo suficientemente bien marcado, para que el médico repare en el origen de un completo dado de síntomas psicológicos.

Puede asumirse que en las mujeres que adoptan actitud adversa al embarazo o a la maternidad son, en general, psicosexualmente inmaduras y han perdido en cierto grado capacidad para su papel femenino normal.

Por otra parte, a veces el deseo de tener un hijo puede ser psicológico, -- cuando este es un deseo egoísta; especialmente si están deseándolo para obtener ventajas personales de tipo económico, para garantizarse una futura manutención; para asegurarse la adjudicación de una herencia o aún, para llamar la atención de un cónyuge indiferente.

Otras mujeres suelen querer un hijo para llenar sus propias frustraciones, vivencias pasadas no satisfechas y en estos casos generalmente la vida del niño está destinada a ser un constante problema.

Podemos anotar también que se ha visto que una mujer emocionalmente sana desea un hijo, principalmente, por motivos tales como deseo de llevar más felicidad al hogar; como un modo de expresión de amor hacia su cónyuge; como la expresión natural de perpetuarse en alguien a quien se reviste de amor e interés y para llenar sus funciones de mujer normal ante la sociedad.

#### Síntomas Psicosomáticos en los Inicios de la Preñez:

Varios conflictos pueden manifestarse y traducirse en síntomas en los inicios de la preñez, dependiendo de si el embarazo es realmente deseado o es -- producto de un evento accidental y no deseado por los cónyuges. Algunos cónyuges se adaptan a la situación pero confiesan que no siempre hallan una adecuada satisfacción a sus conflictos internos. Varios autores están de acuerdo en que la aversión por la preñez suele manifestarse al principio del embarazo por náuseas y vómitos. Dichos síntomas pueden acrecentarse si la paciente es incapaz de adaptarse a las limitaciones sociales y sexuales que resultan de su preñez. Muchos otros síntomas físicos de origen emocional pueden aparecer en esta época, tales como palpitaciones, lasitud, anorexia, cefaleas, etc.. Las mujeres en estas condiciones se vuelven hipersensitivas, irritables y exigentes.

La ansiedad consecutiva a la preñez es un síntoma común, puede aparecer por la situación de embarazo en sí o a causa de concepciones previas y supersticiones que están en boga; también puede ocurrir que otras mujeres transmitan de

manera exagerada y con afán sádico sus experiencias previas de la preñez a mujeres más jóvenes.

Hinot hace notar que las mujeres embarazadas manifiestan mayor necesidad de la relajación psíquica que las que no lo están y Read enfatiza en que en ningún otro estado el temor se hace un factor predominante. Dicho temor se manifiesta consciente y ha sido hallado ante todo como: miedo a que el niño nazca deforme, retrasado mental o con alguna tara (al respecto es interesante anotar que es frecuente después del parto que la madre pregunte: "está bien el niño?"). Otro temor establecido es el miedo a la muerte del niño, miedo a que ocurran alteraciones sexuales; miedo a los dolores del parto en sí; miedo a sentirse desadaptadas y temor a no poder cumplir bien con su papel de madres.

Kosmak hace notar que el miedo al embarazo también puede ocurrir en mujeres con enfermedades colaterales agotantes, con embarazos previos complicados, con partos previos difíciles, cuando el embarazo ocurre después de un largo período de esterilidad y también cuando ocurre pasada la tercera década de la vida. Podemos agregar que un buen obstetra debe ser un buen psicólogo y saber comunicar a su paciente confianza y seguridad.

Los problemas de la ansiedad pueden llegar a constituirse en una neurósis severa, es por ello que el psiquiatra debe ser consultado inmediatamente, al primer indicio de problema emocional. La mujer que presenta problemas en el embarazo

generalmente ya los ha tenido antes de que estuviese encinta. Los disturbios existenciales pueden ser tan severos que conduzcan a la mujer a querer abortar. Es frecuente observar sentimientos de culpa y resentimientos unidos en mujeres en quienes han fracasado las medidas contraceptivas o los intentos de aborto.

Algunos psicoanalistas han hallado que aún cuando el embarazo sea deseado se acompaña a veces de sentimientos de culpabilidad a causa de hábitos de masturbación que originan complejos de castración femenina, en que la mujer cree que ha dañado o destruido capacidades genitales esenciales y que a causa de ese "pecado", ella nunca podrá tener un niño normal.

Esta idea acompaña algunas veces a la ansiedad de la preñez y puede llegar a convertirse en manifestaciones somáticas. Se ha visto que ello abunda ante todo en mujeres que han llevado una vida considerada como "imoral" o disoluta.

Otros factores psicológicos manifiestos durante la preñez han sido clasificados por Parks en cuatro grupos: a) la preñez planeada, b) la preñez no planeada pero aceptada con relativa facilidad; c) la preñez no deseada y rechazada y d) la pseudosiedosis. Otra importante observación que hemos hallado oportunamente y que encontramos en nuestro estudio es que las embarazadas "solteras", no acuden al médico en busca de consejo, sino más bien lo hacen con personas no capacitadas o profanas y que no raras veces las orientan mal.

De la psicodinamia del parto, podemos mencionar los estudios de Deutsch, Benedeck y Fries, quienes han discutido acerca de la psicología del embarazo -- que afecta la personalidad y que está asociada a cambios endocrinos. Hay, según estos autores, factores del inconsciente que coexisten durante el período del trabajo del parto, determinando en la parturienta un estado emocional bien definido. Según Deutsch, uno de los factores más importantes en ello, es el sentimiento del miedo a la muerte. (A este respecto se pueden consultar también los trabajos de - Likewise; Kartchner; Strecker y Ebaugh; Walser y Jones).

Del estado psicológico del post-partum hay valiosos estudios efectuados por Cohen y Reid; Ran; Joseph; Fries y Sitz, quienes insisten en que, sentirse madres - de pronto, en primíparas ante todo, significa un verdadero Stress para muchas mujeres; alguna mujeres caen en el error de adquirir demasiada confianza y creer que el solo hecho de haber parido las hace capaces de jugar con éxito su papel de madres. Debe hacerseles notar que es preciso que adquieran capacidad de cuidar a - cabalidad del infante. A veces también pueden llegar al extremo de una sobre-solicitud hacia el niño, lo cual puede ocasionar problemas en la conducta materna. También menciona Cohen que trastornos emocionales y síntomas físicos ocultos durante el embarazo, pueden hacerse evidentes durante el puerperio.

Los diversos autores están de acuerdo en que se produce un conflicto entre el instinto de la fuerza de reproducción y el instinto de autoconservación y que se manifiesta con emociones de ansiedad y culpabilidad. El cuidado prenatal debería --

empezar en el estado premarital, puesto que una orientación adecuada a la mujer soltera, haciéndola comprender lo mejor posible todas las variantes a que puede estar sometida durante un posible embarazo, haría de ella un mejor elemento para el matrimonio.

#### Factores Emocionales en el Aborto:

Los diversos autores que han estudiado el aspecto psíquico y su influencia sobre la producción del aborto, están de acuerdo en opinar que algunas veces los conflictos emocionales pueden llegar a ser causa de aborto, a lo cual ellos llaman Aborto emocional espontáneo.

Uno de los problemas más intrincados de la obstetricia es sin duda el de la mujer que aborta espontáneamente y más aún en aquellos casos en que el aborto se hace habitual. Hay común acuerdo en que si se abordan con interés los problemas emocionales de las pacientes "con predisposición al aborto", éste puede ser evitado y la embarazada llevar a término su premie.

Malpsa en su estudio de 6000 pacientes encontró que las posibilidades de que no se repita el aborto son: de 78% para las que solo han tenido un aborto; - de 62% para las que han tenido dos abortos; del 27% para las que han tenido tres y solo del seis por ciento para las que han tenido cuatro.

Hemos de apuntar que algunos hechos aceptados en cuanto a la fisiología endocrina están relacionados con la gestación y por ende con el aborto, depen-

diente de su homeostasis. La hormona del cuerpo luteo, progesterona, ha sido aceptada como una de las más importantes en la preparación del endometrio - para que la implantación del huevo se lleve a cabo y también para mantenimiento del embarazo y del tono miometrial propio previniendo así la expulsión del contenido uterino. Evidencias experimentales demuestran que sin esta secreción la gestación es imposible. En animales castrados en los inicios de la preñez, ésta puede continuar si se les administra progesterona. La ovariectomía causa disturbio del embarazo en la mayor parte de animales de laboratorio. En los mamíferos la ovariectomía hecha después del tercer mes de gestación no produce daños significativos puesto que por ésta época la placenta toma la función progestínica del cuerpo luteo.;

En el humano la excreción de pregnadiol urinario es considerada como índice de secreción progestínica, tanto en el ciclo menstrual como en el embarazo; se ha visto que hacia el término de este último, los valores de progesterona caen precipitadamente. Como se sabe, hacia el tercer mes de gestación la secreción de progesterona se lleva a cabo por la placenta, y algunas veces, en casos de aborto, hay un trastorno en esta transferencia de la función progestacional, demostrable por los bajos niveles de pregnadiol urinario. Se acepta que la deficiencia de progesterona puede terminar ocasionando aborto habitual. Sin embargo, hay autores que anteponen a éste factor el mal funcionamiento placentario que es responsable directo del término del embarazo; o sea que para

ellos primero deja de ser eufuncional la placenta y luego bajan los niveles de progesterona, secundariamente a aquella disfunción.

Ahora, respecto a las relaciones neurofisiológicas del aborto, se ha dicho que el shock psíquico puede afectar el útero directamente a través del sistema neuroendocrino. Datos experimentales prueban que las emociones pueden repercutir en el útero hasta tal grado que ocurre aborto. Animales hembras de laboratorio sometidas a cambios y presiones externas desacostumbradas, llegan al aborto y cuando se eliminan dichas presiones pueden llevar a término su preñez.

En las mujeres los estímulos psíquicos afectan el útero a través del SNC. (probablemente el diencéfalo) por la vía de los nervios del sistema autónomo, por el plexo hipogástrico. Read ha demostrado que la capa circular muscular interna del útero está inervada por nervios del sistema simpático y que ésta capa funciona como un esfínter, de igual manera que el esfínter de la vejiga. Esta acción de esfínter en el útero así como en la vejiga, es opuesta a la acción de los músculos detrusor y longitudinal, los cuales están inervados por nervios del sistema parasimático. Es bien conocido cómo el miedo y la ansiedad estimulan los nervios simpáticos en la vejiga y el intestino, causando incontinencia y diarreas; de manera similar las emociones influyen sobre el útero de pacientes con "predisposición".

Interesantes han sido los experimentos de Lium y Porter a este respecto.

Estos investigadores transplantaron una sección de colon en perros hacia la pared abdominal, administrando luego drogas vagotónicas como la pilocarpina. Esto produjo un fuerte espasmo de los implantes colónicos de la pared, produciéndose isquemia de la membrana mucosa y si el estímulo duraba lo suficiente, se formaban áreas hemorrágicas y de erosión. Han postulado que de este modo, condiciones de ansiedad sostenida o stress psíquico súbito pueden provocar un espasmo sostenido de la pared uterina (en la capa muscular correspondiente) con la siguiente isquemia. El efecto de los músculos constrictores cuando ocurren emociones desagradables es bien conocido y popularmente expresado por la frase "los pelos de punta".

De modo que el espasmo puede producir vasoespasmo a su vez, interrumpiendo el suplemento sanguíneo de los pequeños vasos que corren a través del miometrio hacia el endometrio. Quedan así "parches" insquémicos del endometrio, donde se pueden producir áreas de necrosis en las cuales, luego de la relajación del espasmo ocurre sangramiento residual y la separación placentaria puede sobrevenir. Tales casos pueden ir acompañados entonces de disturbio en la producción de progesterona, debido al daño placentario, hallándose niveles bajos de pregnandiol urinario poco antes o durante el aborto clínicamente detectable.

Likewise y Markke insisten acerca de que se ha visto que en el útero de los primates la menstruación ocurre cuando ha tenido lugar una dilatación de las arterias terminales, concutiva a una intensa vasoconstricción local de los vasos sanguíneos.

neos, que conlleva a la formación de hematomas subepiteliales localizados en el endometrio después de 6 a 24 horas de la vasoconstricción con la subsecuente necrosis y hemorragia.

Un estímulo emocional puede iniciar esta reacción durante la preñez y dar como resultado una separación placentaria. Experimentalmente se ha logrado producir contracciones del útero por estímulos del hipotálamo. Autores como Baudelocque, Deubar, Meyer y Heynemann, han reportado el aumento de la incidencia de abortos después de shock emocional colectivo, como bombardeos, incendios, etc..

Stallworthy hace notar a su vez, que el estudio radiológico del útero de las pacientes con aborto habitual, muestra que tienen un "útero irritable" y - que no hay factores locales o constitucionales demostrables que expliquen dicho fenómeno.

Al respecto de los factores psicodinámicos, Squier y Dumbar refieren haber hallado conflictos emocionales en pacientes con personalidad etiquetada - de histeria y con más de un aborto cada una. Hallaron así mismo, que la mayoría provenía de hogares incompletos y que como denominador común sus años formativos fueron mal encausados. Refieren estos investigadores que todas las pacientes estudiadas presentaron síntomas gastrointestinales, principalmente en los inicios del embarazo (náuseas, vómitos, colitis, gastritis), los cuales mejoraron notablemente con psicoterapia.

Proponen que el aborto habitual puede ser un mecanismo de conversión -- que puede ser la manifestación fisiológica de descargas psíquicas de represión localizadas en el útero, a causa de que éste órgano es "usado" como un sitio de -- expresión de los disturbios emocionales. Manifestaciones somáticas pueden constituir problemas existenciales debidos a un embarazo no deseado o a una preñez ilegítima; o bien a factores económicos adversos, miedo a la inhabilidad psíquica de jugar un buen papel de madre; en vista de los cual debería buscarse en el inconsciente la etiología de muchos abortos habituales. Los psicoanalistas sostienen que el origen de muchos casos de aborto espontáneo podría estar en conflictos del subconsciente, no resueltos. Podemos pues, decir que hay abundantes evidencias que demuestran que los factores emocionales contribuyen como causa de aborto habitual. Sin embargo, debemos reconocer que nuestro conocimiento del aborto psicogénico es deficiente. En parte debido a las dificultades en el diagnóstico, en parte también por la deficiencia de los estudios psiquiátricos de este tema por la falta de interés que muestran muchos obstetras.

Por lo tanto, queremos concluir diciendo, que como en todas las situaciones en que se hallan los seres humanos, se presentan condiciones psíquicas como respuesta a las circunstancias físicas, el estado de preñez no es una excepción y que muchas veces las respuestas psíquicas a dicho estado pueden ser conflictivas. Que además, puesto que ha sido evidente la relación entre las emociones conflictivas

y las respuestas somáticas, hemos de prestar a la paciente en cualquiera de las fases de la gestación, una atención integral, que comprenda tanto su pelvimetría como un atisbar en su alma; que comprenda tanto el examen de su cuerpo como el de su psíquis.

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. - Los conflictos emocionales que acompañan al aborto son tan frecuentes como el aborto mismo.
2. - El estado de gestación en la mujer es capaz por si mismo, de provocarle problemas existenciales.
3. - La mujer es capaz, muchas veces, de desear consciente o inconsciente la interrupción de su preñez.
4. - El tratamiento actual del aborto es poco integral en nuestro medio hospitalario.
5. - Los conflictos emocionales en una paciente con un embarazo no deseado, pueden ser capaces per se, de ocasionarle aborto (aborto emocional espontáneo).
6. - Actualmente se considera que no existe indicación psiquiátrica para practicar el aborto terapéutico.
7. - El médico que atienda un aborto debe insistir en un examen psicológico - tanto como insiste en el examen físico.
8. - Debería haber clínicas especializadas para orientar a las mujeres que consultan por aborto.
9. - El estudiante de medicina debe tener una mejor orientación psiquiátrica.
10. - La legislación actual del aborto, debe ser reformada.

11- Debe haber orientación psicológica premarital para prevenir los problemas emocionales del embarazo.

12- La psíquis femenina está tan poco explorada como el espacio sideral.

#### B I B L I O G R A F I A

1. - Cantarow, Abraham; Bioquímica, 3a<sup>a</sup> ed. México Editorial Interamericana. 1962.
2. - Gyton, Arthur C., Fisiología Médica 2a. ed. México. Editorial Interamericana 1963.
3. - Eastman, Nicholson J. Ed.; Obstetricina de Williams; 11a. ed. México UTEHA 1960.
4. - Foster, A. R. Tratamiento con psicofármacos, Lancet 2:587, 1963.
5. - Hertig, A. T. Aborto espontáneo y aborto habitual. New Engl. J. -- Med. 230:797, 1959.
6. - Javert, C. T. Repeate Abortion. A. Jour. Obst. & Gynec. 3:420. -- 1958.
7. - Kolmer, John A. Diagnóstico Clínico por análisis de Laboratorio, 3a. ed. Editorial Interamericana, México 1964.
8. - Kroger, William S. Psychosomatic Gynecology 2nd. Ed. Philadelphia Saunders, 1957.
9. - Mickal, A. Abortion In Current therapy Conn Howard Ed. Saunders - Philadelphia 1969. pp540-620. 1969.
- 10- Novak, Edmund R. Tratado de Ginecología 6a. Ed. México, Editorial Interamericana, 1962.
- 11- Pichot, P. Les aspects symptomatiques des états depressifs Scheiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 94: 392. 1964.
- 12- Plestcher, A. Experimental and clinical bicemistry In his: Neuro-Psychopharmacology 2nd. ed. Editorial D. Bente, P. B. Bradley, -- Amsterdam: Elsevier 1965.
- 13- Sodeman, William A. Fisiopatología clínica. 3a, ed. México, Editorial Interamericana, 1963.

Bibliografía...

- 14- Sulser, I. Drogas antidepresivas; Biochem. Pharmacol. 8:16. 1961.
- 15- Smalldon, J. L. A. survey of mental illness associated with pregnancy. Am. J. Psychiat. 97:80, 1951.
- 16- Rosen, H. Therapeutic Abortion; Am. J. Obst. & Gynec. 53:142; -- 1948.

Vo. Bo.

  
Sra. Ruth Ramirez de Amaya  
Bibliotecaria.

BR. ROBERTO ALFREDO BORRAYO REYES

DR. OCTAVIO AGUILAR  
Asesor.

DR. GUILLERMO FORNO A.  
Asesor.

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO  
Director de Fase III  
(Interino).

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD  
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS  
Decano.