

1970

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

c1



**"Incidencia del Aborto en Guatemala.
Revisión de 200 Casos
en la Maternidad del Hospital Roosevelt;
Causas y Complicaciones**

THELMA C. VELASQUEZ B. DE ZIMERI

1970

PLAN DE TESIS

- 1 — INTRODUCCION
- 2 — MATERIAL Y METODOS
- 3 — OBJETIVOS
- 4 — ETIOLOGIA
- 5 — TRATAMIENTO DEL ABORTO, EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT
- 6 — COMPLICACIONES Y EVOLUCION
- 7 — CONCLUSIONES
- 8 — RECOMENDACIONES

1 - INTRODUCCION

Siendo el aborto una entidad nosológica tan frecuente en nuestro medio, así como en todo el mundo, lo que ha llevado a la ciencia médica a estudiar los diferentes métodos de evitarlo, tratando así su estudio y tratamiento y sobre todo resolver tal problema en la mejor forma posible.

Debido a la multiplicidad etiológica y patológica que dicho cuadro representa, una gran cantidad de científicos de todo el mundo, y a través de los tiempos, ha tratado de descubrir el mejor método de evitarlo o tratarlo y por lo tanto evidencia de ello es la gran cantidad de tratamientos empleados, pero debido a que dichos métodos no están exentos de peligro han sido abandonados en su gran mayoría.

El gran aumento del aborto en nuestros días se debe en gran parte al incremento de la civilización de cada pueblo, lo cual se prueba comparando estadísticas de aborto ocurridas en años anteriores, con las actuales.

Con el presente trabajo de revisión de 200 Registros Médicos de pacientes que presentaron abortos en sus diferentes tipos y cuadros clínicos, se tratará de establecer las causas más frecuentes que lo producen en la actualidad, así como el tratamiento y su evolución, logrando con ello poner en evidencia que esta patología, es muy frecuente en nuestro medio, a pesar de los múltiples esfuerzos que se han hecho para evitarlo, estos se producen siempre.

Queriendo con ello colaborar aunque en mínima forma a tratar de evitar que los abortos continúen en progresión ascendente, limitando con ello a que la mayoría de las mujeres expongan sus vidas; y en muchos de los casos se conviertan en criminales escudadas bajo la mentira y en otras oportunidades evitando que las personas inescrupulosas, continúen efectuando maniobras para provocarlo.

2 - MATERIAL Y METODOS

Para el presente estudio se tomaron al azar 200 registros médicos de pacientes que asistieron a la emergencia del Hospital Roosevelt (Maternidad). Clasificándolas a su ingreso como aborto, en sus diferentes tipos y períodos durante los meses de Agosto a Octubre de 1969.

Se obtuvieron las papeletas en el Archivo de Registros Médicos del Hospital Roosevelt, donde se revisó cada una de ellas, tomando los siguientes datos, que a continuación enumeraré:

- 1) Número de Registro Médico.
- 2) Edad de la paciente.
- 3) Estado civil.
- 4) Grupo étnico.
- 5) Lugar de origen.
- 6) Residencia.
- 7) Ocupación.
- 8) Control prenatal.
- 9) Paridad.
- 10) Edad de embarazo.
- 11) Días de hemorragia vaginal.
- 12) Estado general.
- 13) Tipos de aborto.
- 14) Manipulación
- 15) Tratamiento.
- 16) Días de hospitalización.
- 17) Complicaciones.
- 18) Antibióticos usados.

A cada uno de estos datos se les subdividió en grupos como sigue:

Edad:

Al separar por edades se tomó a la paciente más joven que fue de 13 años, y a la mayor de 45 años para que sirvieran de margen, luego se formaron tres grupos así: El primer grupo comprende a pacientes menores de edad, de 13 a 17 años, siendo 13 pacientes o sea el 6.5 o/o. Los siguientes dos grupos son pacientes comprendidas de 18 a 30 años, en las que encontramos 129 pacientes (64.5 o/o); y de 31 a 45 años, 58 pacientes que dan el 29 o/o.

**Estado Civil:**

Se dividieron a las pacientes en Solteras, 39 casos (19.5 o/o); Unidas, 139 casos que da el 69.5 o/o; Divorciadas 0 casos. Viudas 1 caso, o sea el 0.5 o/o y Casadas con 21 casos, dando el 10.5 o/o.

Grupo Etnico:

Para la clasificación de este rubro consideramos dividir a las pacientes en 3 grupos raciales:

Ladinas, 187 casos (93.5 o/o); Indígenas 13 pacientes que dan el 6.5 o/o; y otros (negros, chinos, etc.), 0 casos.

Lugar de Origen y Residencia:

Consideramos que es importante saber si la paciente nació en el medio rural o urbano y si reside en la capital o en los pueblos; encontrando que los mayores porcentajes son para las pacientes que nacieron en el medio rural como es el 68.5 o/o (137 pacientes), y 86 o/o residían en el medio urbano (173 pacientes).

Ocupación:

Se buscó en cada papeleta cuál era el oficio de las pacientes para ver qué cultura tenían, encontrándose que todas desempeñaban Oficios Domésticos y únicamente una paciente era Secretaria, por lo que la división se basó únicamente en estos dos rubros.

Control Prenatal:

En todas las papeletas revisadas se investiga el dato de si la paciente ha tenido o no, control prenatal, por lo que se dividió en 2 grupos: las que tuvieron control prenatal, encontrando sólo una paciente; y las que no lo tuvieron que fueron 199 pacientes.

Paridad:

Aquí se tomó en cuenta el número de embarazos que cada paciente había tenido, formándose por ello tres grupos:

1er. Grupo: Las pacientes que presentaban su primera gestación y que consultaban actualmente por sintomatología que

indicaba aborto, encontrándose 32 casos (16 o/o).

2o. Grupo: En este grupo se tomó en cuenta a las pacientes que presentaban del 2 a 5 embarazos, siendo en las 200 pacientes el 51 o/o (102 casos).

3er. Grupo: Se incluyó a las pacientes que habían tenido más de 5 embarazos, encontrando 61 casos, o sea el 33 o/o. Siendo 16 embarazos el número mayor encontrado.

Edad del Embarazo:

Este dato fue basado únicamente en la fecha del último ciclo menstrual. Se dividió en tres grupos:

- 1) De 1 a 19 semanas de amenorrea: Aborto Ovular, dio 58 casos, siendo esto el 29 o/o.
- 2) De 10 a 18 semanas de amenorrea: Aborto Embrionario, en las que encontramos 95 pacientes, o sea el 47.5 o/o.
- 3) De 19 a 27 semanas de amenorrea: Aborto Fetal, con 34 casos, (17 o/o).

La edad de embarazo por altura uterina, no se tabuló por encontrarse este dato en muy pocas pacientes, reportado.

Días de Hemorragia Vaginal:

Se dividieron a las pacientes en 4 grupos:

- 1) Las que consultaron por otro motivo, que no fuera hemorragia vaginal, tal como dolor abdominal tipo cólico (contracciones uterinas); encontrando 16 casos (8 o/o).
- 2) Las que tenían de 1 a 3 días de estar presentando sangrado vaginal, que fueron 142 casos (71 o/o).
- 3) Las pacientes que presentaban hemorragia vaginal de 4 a 6 días, siendo estas 18, o sea el 9 o/o.
- 4) El último grupo, incluía a las pacientes que tenían más de 7 días de hemorragia vaginal; la paciente que mayor tiempo había presentado dicha hemorragia fue de 16 días; el número de casos encontrados fue de 24.

Estado General:

El estado general se clasificó en: Bueno, 156 pacientes; Regular, con 21 pacientes y Malo, con 23 casos.

Tipo de Aborto:

Al revisar cada registro médico se separó cada uno en: Aborto Incompleto, con 130 casos (65 o/o); Abortos completos, 22 casos, o sea el 11 o/o. Amenaza de aborto, 45 casos, 22.5 o/o. 14 casos de aborto en Curso, dando el 7 o/o; Aborto Séptico, 21 casos, 10.5 o/o.

Manipulación:

Este dato se clasificó en:

- a) Las pacientes que habían sido manipuladas en la calle por empíricas.
- b) Las que no fueron manipuladas. dicho dato fue muy escaso de encontrar en las papeletas, por lo que no se tabula.

Tratamiento:

El tratamiento se dividió en:

- 1) Médico.
- 2) Quirúrgico.
- 3) Médico-Quirúrgico.

Días de Hospitalización:

Se dividió en tres grupos:

- 1) Las que permanecieron de 1 a 2 días; siendo 113 pacientes (56.5 o/o).
- 2) Las que permanecieron de 3 a 5 días, encontrando 63 pacientes, o sea el 31.5 o/o.
- 3) De 6 a 13 días, que fue el mayor número de días de hospitalización; obteniéndose en este grupo 24 pacientes, dando el 25 o/o.

Complicaciones:

Se buscó en cada papeleta, si éstas existieron; cuando se encontraron se anotó cual había sido dicha complicación.

Uso de Antibióticos:

Después de revisar todas las papeletas, nos dimos cuenta que los antibióticos que más se usaron fueron:

Sin uso de antibióticos, 142 pacientes; en las que se usó Penicilina Cristalina sola, 47 pacientes. A las que se les administró la combinación de Penicilina Procaína y Estreptomina, fueron 10 pacientes; en un solo caso fue usada eritromicina.

3 - OBJETIVOS

- 1) Evidenciar las causas más frecuentes que producen aborto.
- 2) Determinar qué tipo de pacientes son las que más presentan esta patología.
- 3) Investigar qué complicaciones tienen mayor porcentaje en nuestro medio.
- 4) Determinar el tratamiento actualmente empleado.
- 5) Describir qué tipo de experiencia se tiene en el Hospital Roosevelt en cuanto a dicho tema.
- 6) Dar recomendaciones para su tratamiento y evitar sus múltiples complicaciones.

4 - ETIOLOGIA

Clasificación del Aborto:

El aborto puede dividirse en dos grandes grupos:

Espontáneo: es el que se produce por medio naturales sin intervención de agentes mecánicos ni medicinales.

Provocado: es el que se produce por la intervención de agentes externos, éste puede ser terapéutico o criminal.

En el estudio presente se analizaron 200 papeletas de aborto, obteniendo el siguiente resultado:

Aborto Espontáneo:	198 casos
Aborto Criminal:	2 casos
Aborto Provocado:	0 casos

Pero hay que tomar en consideración que las pacientes no declaran nunca si el aborto es o no criminal. Para investigar este dato, se preguntó a cada paciente si había o no, manipulación. El aborto espontáneo en comparación con otros países en clínicas privadas, encontramos:

Stix	10.9 o/o	
Pearl	11.8 o/o	
Wiehl y Berry	9.7 o/o	(8)
Hosp. Roosevelt	99 o/o	

Causas que Producen el Aborto Espontáneo Actuando Directamente Sobre el Producto de la Concepción:

a) Causas Genéticas: en este grupo deberá tomarse en cuenta el factor paterno (Espermatozoides), y el materno (óvulos), en los que existen diferentes alteraciones cromosómicas, así tenemos que el Dr. Predescu y colaboradores, reportaron anomalías en los cromosomas sexuales, en una paciente que presentó 4 abortos espontáneos que siguieron después del nacimiento de un niño anormal sugestivos de un síndrome de Down's, muerto 4 días después del nacimiento (28-30). En contra de esto tenemos el reporte de Mikamo, en el que se encontró tanto alteraciones cromosómicas en igual porcentaje en el aborto espontáneo como en el aborto

terapéutico, siendo este porcentaje 2.8 o/o (23). En otro reporte de 318 casos de aborto espontáneo se encontró que las anomalías más frecuentes fueron en los abortos más jóvenes (8 semanas) (23-40), Hertig observó en 1,000 pacientes con aborto espontáneo, que el 48.9 o/o de los huevos presentaban alguna patología, y que de acuerdo a cita anterior el aborto se produjo alrededor de la décima semana (8-11). También encontramos en otro estudio que el 61.7 o/o de mil abortos espontáneos presentaron anomalías cromosómicas y anatómicas (35).

b) Causas de Aborto por la Caduca: son múltiples, produciéndose por:

- 1) Infección del endometrio, la cual puede ser ocasionada por múltiples gérmenes, pero en especial por el Gonococo que es el más frecuente.
- 2) Insuficiencia del cuerpo lúteo.
- 3) Déficit estrogénico.
- 4) Hiposuprarrenalismo.
- 5) Hipopituitarismo.
- 6) Atrofia del endometrio por tumores, tuberculosis pélvica y legrados agresivos.

c) Alteraciones Uterinas: también son causa de aborto:

- 1) Utero poco desarrollado.
- 2) Anomalías uterinas, entre otras, el útero didelfo y útero tabicado, etc.
- 3) Retroversión uterina: en esta patología el aborto se produce por encarcelamiento uterino.
- 4) Neoplasias: los tumores uterinos benignos tales como los fibromas, raramente producen aborto por su tamaño, sino por su localización. Tumores malignos, los carcinomas como son tan poco frecuentes dentro del útero casi no han sido reportados como causa de aborto.
- 5) Infecciones para-uterinas: por la vecindad que existe

con el útero se produce irritación, provocando el aborto, estas son las anexitis, parametritis, pelviperitonitis provocadas por diferentes gérmenes, especialmente el gonococo.

- 6) Cortedad del cérvix: ésta puede ser congénita o por amputación quirúrgica, ha sido reportada como causa de aborto, así como los desgarros cervicales sobre todo en partos anteriores.
- 7) Aumento de la contractilidad uterina normal: también se ha encontrado como causa de aborto sobre todo cuando el embarazo es temprano, desprendiendo el producto de la gestación de las paredes uterinas.

d) Anormalidades de la Placenta: esta causa de aborto se presenta más frecuentemente en el segundo trimestre de la gestación en adelante, algunas de las anomalías encontradas han sido: infartos de la placenta, placenta previa, cordón velamentoso y desprendimiento prematuro de placenta (8).

e) Traumatismos: el coito; violento y repetido; ha sido reportado frecuentemente como causa de aborto (8-14).

Quirúrgico: laparotomías han sido reportadas como causas de aborto, sobre todo las operaciones efectuadas en órganos cercanos al útero.

Accidental: por caídas y viajes; así como el stress psíquico (emociones) ha sido reportado por algunos, pero esto es discutido ya que tenemos el estudio de Hertig en mil pacientes, con aborto, de las cuales sólo una paciente presentó aborto atribuible a estas causas (8).

f) Insuficiencia de Gonadotrofinas.

Causas de Aborto Espontáneo Indirectas:

- a) **Intoxicaciones:** estas pueden ser endógenas y exógenas.

Causas Endógenas:

- 1) **Diabetes:** los productos de la concepción son afectados por el trastorno del metabolismo de los carbohidratos y los cambios en la reserva alcalina. En consecuencia casi 50 o/o de las gestaciones complicadas de diabetes antes del

advenimiento de la insulina terminaban en aborto o en muerte fetal in útero.

- 2) Gestosis: en este grupo, muchas veces tiene que terminarse el embarazo antes de tiempo por el mal estado que la paciente presenta.
- 3) Alteraciones renales: son causa de aborto.

Causas Exógenas:

- 1) Por metales.
- 2) Alcoholismo.
- 3) Tabaquismo.

b) Infecciones: cualquier infección puede producir aborto pero más frecuentemente lo producen:

- | | | |
|----------------|-----------------|--------------|
| a) Tifoidea | d) Difteria | g) Lepra |
| b) Escarlatina | e) Gripe | h) Paludismo |
| c) Neumonía | f) Tuberculosis | i) Sífilis |

A la sífilis, antes se le acusaba de ser uno de los grandes causantes de aborto, pero en la actualidad no se piensa así debido a que se ha observado que el Treponema es difícil que pase la barrera placentaria.

c) Hipo-vitaminosis: se han reportado como causas de aborto las deficiencias de las siguientes vitaminas: A, E, C, K, B.

d) Crisis Dolorosas Reflejas: tales como cólico hepático severo y renal, causan raramente aborto.

e) Alergia: Los estados alérgicos han sido responsables de aborto en algunos casos.

f) Cardiopatías: las cardiopatías se han reportado como causa de aborto; así tenemos que Szekely asegura que en un estudio efectuado en pacientes con embarazo y cardiopatías del 2 al 18 o/o de estas pacientes fallecieron, aumentando la mortalidad al 32 o/o cuando además de fallo cardíaco se presentó fibrilación atrial (34).

g) **Nefropatías e hipertensión:** son causas de aborto.

h) **Incompatibilidad sanguínea:** la incompatibilidad por grupo ABO es causa de aborto temprano, sin embargo puede ser también tardío (26).

En el presente trabajo no se encontraron estas causas de aborto en ninguno de los casos.

Causas de Aborto Provocado:

El aborto provocado se divide en 2 tipos:

- a) Terapéutico.
- b) Criminal.

Aborto Terapéutico:

Este tipo de aborto no se describirá por no tener relación con el trabajo efectuado.

Causas de Aborto Criminal:

Este es un punto difícil de tratar ya que ello incluye a cientos de mujeres que tratan de librarse en esta forma de un producto que para ellas es en muchas ocasiones vergonzoso, para otras, representa esclavitud y dedicación, buscando por esto a cualquier persona sin escrúpulos que les provoque el aborto, siendo la causa de ello en muchas ocasiones la pobreza, ignorancia, abandono del esposo, y en algunas ocasiones por el gran número de hijos que esta persona tiene. Pero sea cual fuere la causa, se debería de evitar la gestación antes de caer en este cuadro, ya que existen muchos métodos para lograrlo; evitando con ello ser un criminal más.

Para afirmar lo dicho, en nuestro estudio encontramos los siguientes datos:

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EN 200 CASOS DE ABORTO:

	Solteras	Unidas	Casadas	Viudas	Divorciadas
No. de Casos	39.	139.	21.	1.	0.
Porcentaje	19.5o/o	69.5 o/o	10.5 o/o	0.5 o/o	0 o/o

Ello nos demuestra que el mayor número de pacientes no posee un hogar integrado.

Comparativamente con el cuadro anterior, tenemos el estudio de Russell, que efectuó en 1969: que 50 o/o de las pacientes no eran casadas, y 11 o/o de ellas sí lo eran (3); Soltaw, encontró que el aborto tenía la frecuencia de 68 o/o en mujeres casadas, y en Gales, Inglaterra el 45 o/o (32), lo contrario a lo que nosotros encontramos.

En lo que respecta a la influencia de la civilización en el aborto, creemos que tal cosa es afirmativa; en el siguiente cuadro se anotan los datos obtenidos en las 200 pacientes estudiadas y en el cual las de raza indígena tienen un porcentaje bajo, en relación con las ladinas:

GRUPO ETNICO DE 200 PACIENTES DE ABORTO

	Ladinas	Indígenas	Otras
No. de Casos:	187	13.	0.
Porcentaje	93.5 o/o	6.5 o/o	0. o/o

Con respecto a la residencia, vemos que las pacientes que residen en el medio rural, tienen menor incidencia de abortos, no así las pacientes que han nacido en el medio rural y se han trasladado a un medio urbano, en ellas el porcentaje aumenta considerablemente, confirmando este dato en nuestro estudio, como se aprecia en los siguientes cuadros:

Lugar de Origen		Residencia	
Rural	Urbano	Rural	Urbano
137 Pts.	63 pts.	27 pts.	173 pts.
68.5 o/o	31.5 o/o	13.5 o/o	86 o/o

Ocupación:

Encontramos en los casos revisados que casi la totalidad eran de oficios domésticos (199 pacientes: a 99.5 o/o) y únicamente una paciente era secretaria; esto nos demuestra el bajo nivel cultural que priva en la mayoría de nuestras pacientes estudiadas.

Prenatal:

El 99.5 o/o de las pacientes no había consultado el

Hospital o a algún facultativo para control de su embarazo, únicamente una paciente sí había tenido control prenatal; lo último anotado puede deberse a dos causas:

- a) Ignorancia
- b) Que la mayoría de las pacientes presentaron el aborto en el primer trimestre del embarazo.

Otro factor es el que en el Hospital Roosevelt el control prenatal se inicia a la 21 o 22 semanas de gestación, motivo por el cual estas pacientes no tuvieron la oportunidad de ser examinadas previamente.

Edad de Embarazo:

Se pudo observar que el aborto más frecuentemente es observado en aquellas pacientes en que su gestación está comprendida entre 10 y 19 semanas, como se puede ver en el cuadro siguiente:

EDAD DE EMBARAZO:

	Ovular	Embrionario	Fetal
No. de Casos:	58.	95.	34.
Porcentaje	29.0	47.5	17.0

En 13 pacientes no se pudo establecer la fecha de su última menstruación, o sea el 6.5 o/o

PARIDAD:

En cuanto al número de hijos que las pacientes han tenido, considerándolos como otra causa de aborto, vemos en el cuadro siguiente que el mayor porcentaje está representado por las pacientes que tienen de 2 a 5 embarazos:

PARIDAD:	Grávida	Grávida	Grávida
	0.	2-5.	+ de 5
Casos:	32.	102.	66.
o/o	16.	51.	33.

Tratamiento:

El tratamiento efectuado fue: Médico, Quirúrgico, y Médico Quirúrgico, obteniéndose los datos siguientes:

5 – TRATAMIENTO DEL ABORTO EN 200 CASOS:

	Médico	Quirúrgico	Med-Quirúrgico
No. de Ptes.	57.	97.	46.
Porcentaje	28.5	48.5.	23.

Tratamiento Médico: se aplicó a pacientes que fueron clasificadas como amenaza de aborto, siendo el 22.5 o/o en el presente estudio, también se le administró a pacientes con aborto completo, siendo el 11 o/o de todos los casos. Cuando la paciente presentó amenaza de aborto el tratamiento consistió en reposo absoluto, fenobarbital. En el caso de Aborto Completo, el tratamiento Médico consistió en una inyección de methergín a su ingreso, reposo en cama, aspirina, ergotrate y observación.

Tratamiento Quirúrgico: éste se le efectuó a las pacientes después de haberlas examinado cuidadosamente y haberle hecho el diagnóstico de Aborto Incompleto; si la paciente está en buenas condiciones generales, se le coloca una solución de D/A al 5 o/o con 10 Uds. de Syntocinón a XL gotas por minuto, se le deja sin comer por lo menos 5 hors., y luego se lleva a sala de operaciones donde se le coloca en posición de Lithotomía, se hace antisepsia, cateterismo vesical, y bajo anestesia general se procede a efectuar el examen de órganos genitales externos o internos, se efectúa histerometría y si el cuello está bien dilatado se inicia legrado instrumental con cucharillas, hasta que se considere que el útero ha quedado limpio, se coloca luego una ampolla de methergín I.M. o I. V. observándose a la paciente por 12 a 24 hrs. y si no presenta ninguna complicación se le da egreso.

Tratamiento Médico-Quirúrgico: éste se aplicó a pacientes con aborto séptico incompleto, siendo 21 casos: o sea el 10.5 o/o. El resto de las pacientes que recibieron este tratamiento fue por considerarse potencialmente séptico, pues se tenía la sospecha de manipulación previa. El tratamiento se basó en legrado instrumental y antibióticos, siendo los más usados: Penicilina, Estreptomicina y Eritromicina como puede observarse en el siguiente cuadro:

ANTIBIOTICOS USADOS

	Peni. Crist.	Peni. Estrepto.	Eritro
No. de Casos	47.	10.	1.
Porcentaje	81.3.	17.2.	1.7.

Para el uso de los antibióticos, no se tomó ningún cultivo y únicamente se preguntó a las pacientes si eran o no sensibles a la penicilina. En otras partes del mundo se están usando otros métodos para la resolución y tratamiento de aborto (15); así tenemos que el tratamiento quirúrgico usado con mayor frecuencia en otros países es la vacuo-aspiración, así vemos un estudio comparativo de Voigt, quien refiere no haber encontrado ninguna variante entre este método y el de cucharillas con respecto al sangrado (38). Para otros, este método es el mejor. (36-3-1-27-9) También usan el legrado instrumental y la inyección intra-uterina hipertónica-salina o glucosada, aplicando este último método más frecuentemente en pacientes de embarazo mayor de 12 semanas (20)

También ha sido usada la histerotomía e histerectomía en el tratamiento del aborto, observándose en el siguiente cuadro en una experiencia efectuada en Colorado (7-16-29).

METODOS USADOS:

	No. de casos	Porcentaje
1. Dilatación y legrado:	236.	28.0.
2. Amniocentesis:	108.	26.5.
3. Histerotomía:	34.	8.4.
4. Histerectomía	29.	7.1.

Tiempo de Hospitalización:

Cuando la paciente presentaba aborto incompleto o completo sin otra complicación, la estancia hospitalaria fue de 1 día en la mayoría de los casos, no así en las pacientes con Aborto Incompleto Séptico en las que sí aumentó el número de días de hospitalización, pero las que permanecieron más tiempo hospitalizadas fueron las que presentaron amenaza de aborto, obteniéndose las siguientes cifras:

DIAS DE HOSPITALIZACION:

Dias de Hosp.	No. de casos	Porcentaje
1 — 2	113.	56.6
3 — 5	63.	31.5
6 — 13	24.	12.0

O sea que el mayor número de días encontrados fue de 13 y el menor de 1; en comparación vemos que, estudios efectuados por Lachelin y Burgess en 182 abortos en 1968, el tiempo de

estancia fue de 1 a 16 días (37-31).

Como ya se dijo anteriormente, las pacientes con amenaza de aborto fueron las que tardaron más, tiempo hospitalizadas, lo cual es debido a que el tratamiento es más que todo de tipo conservador. El tratamiento fue satisfactorio en todos los casos, como se muestra en el siguiente cuadro; influido por el buen estado de las pacientes:

ESTADO GENERAL:

	Bueno	Regular	Malo
No. de Casos:	156.	21.	23.
Porcentaje	78.5	10.5	11.5

En los casos en que las pacientes presentaron mal estado general, fue debido a la pérdida sanguínea, por lo que en dichos casos se usó transfusión sanguínea, alguna de estas pacientes presentaban Shock hipovolémico.

6 – COMPLICACIONES Y EVOLUCION

Las pacientes estudiadas tenían historia en su mayoría de hemorragia vaginal (92 o/o), variando de 1 a 16 días de sangrado. Las pacientes que presentaron más de 3 días de hemorragia vaginal en regular cantidad, el estado general casi siempre fue regular o malo. Las pacientes sin hemorragia vaginal consultaban por dolor abdominal tipo cólico (contracciones uterinas), siendo clasificadas en amenaza de aborto.

De 45 casos de amenaza de aborto, 9 evolucionaron a aborto completo o incompleto, y el resto, 36 casos, sí continuaron con el embarazo.

CUADRO DE HEMORRAGIA VAGINAL, DURACION EN DIAS:

	Sin H.V.	1-3 H.V.	4-6 H.V.	7-16 H.V.
No. de Casos:	16.	142.	18.	24.
Porcentaje	8.	71.	9.	12.

En las pacientes que se hizo diagnóstico de aborto completo, 27 casos, ninguno tuvo complicaciones, evolucionando 100 o/o satisfactoriamente. De 200 pacientes estudiadas, 130 presentaron aborto incompleto, o sea 65 o/o; de éstas, 21 tuvieron aborto séptico y todas evolucionaron bien exceptuando 4 que presentaron las siguientes complicaciones:

Infección pélvica:	1 caso
Endometritis:	1 caso
Perforación uterina:	1 caso
Fiebre de etiología no determinada:	1 caso

El porcentaje total de complicaciones fue de 2 o/o. Además de las complicaciones encontradas por nosotros, vemos en los siguientes reportes bibliográficos, las descripciones de otras complicaciones, tales como:

Aumento de embarazo cervical (15-31). En el estudio presente, de los 200 casos no encontramos ningún embarazo cervical.

Aumento del problema Rh negativo; el aumento de eritrocitos fetales circulantes en la madre después de haber presentado abortos, es evidente, aumentando con ello el problema de anticuerpos Rh; lo anterior se comprueba con los siguientes estudios:

Letwak, encontró que en 36 pacientes con aborto espontáneo, 30 presentaron eritrocitos fetales circulantes, en cambio 20 mujeres con Rh negativo y partos normales sólo 2 de ellas presentaron eritrocitos fetales en su circulación (19-21), y ésto aumenta aún más cuando a las pacientes se les ha efectuado legrado y dilatación cervical, sacando por conclusión que ello aumenta la incidencia.

Además se refiere que según sea la cantidad de hemorragia placentaria, así aumentará el número de eritrocitos que pasen a la madre (5-35), por lo que en algunos países como en Inglaterra, se ha tomado la medida de inyectar gamma-globulina anticuerpos anti-D, intramuscular, durante las siguientes 24 a 36 hrs. después del aborto en pacientes primigestas (25-7).

7 - CONCLUSIONES:

- 1.- El aborto continúa siendo una patología que va en aumento junto con la población y civilización.
- 2.- Dicho cuadro se presentó en pacientes que están en edad de fecundación, desde los 13 hasta los 45 años, o sea que no importa la edad para que esto se produzca.
- 3.- El aborto está influído directamente por el estado civil de cada paciente, ya que se demostró que el mayor número eran pacientes unidas.
- 4.- El aborto tuvo mayor incidencia en pacientes que tenían gravidez de 2 a 5, no así en pacientes primigestas en que el porcentaje fue bajo.
- 5.- El aborto criminal casi nunca es reportado por las pacientes; en el presente estudio sólo dos casos fueron reportados.
- 6.- Las pacientes que presentaron esta patología en su mayoría son sanas, ya que un bajo porcentaje presentó mal estado general.
- 7.- Los días de hospitalización fueron de 1 a 2 en la mayoría de los casos.
- 8.- La edad de embarazo por altura uterina, no se utilizó por haber muy pocos casos, con dicho dato descrito (122 casos no fueron reportados).
- 9.- Las pacientes en la mayoría de los casos sí consultaron al inicio de haberse presentado la hemorragia vaginal (del 1 al 3 día).
- 10.- Las complicaciones fueron escasas y no graves, exceptuándose por un caso que terminó en histerectomía.
- 11.- El tratamiento con los antibióticos fue bueno, ya que todas las pacientes respondieron bien.
- 12.- Que en Guatemala, no se permite el aborto legal como en países europeos, donde se está llevando a cabo en gran escala (15-7-4).

8 – RECOMENDACIONES

- 1.- Que el aborto debe evitarse por todos los medios posibles, ya que cuando se produce se está terminando con la vida de un nuevo ser.
- 2.- Insistir con cada paciente que llega al hospital en quien se sospeche se haya provocado el aborto, en la gravedad del caso, y en sus consecuencias físicas y psíquicas; haciendo hincapié en los múltiples riesgos que con ello corre.
- 3.- Hay que tratar de evidenciar con certeza si la paciente ha sido o no manipulada previamente.
- 4.- En caso de comprobarse aborto criminal, deben de ser sancionadas conforme la ley
- 5.- Investigar en cada paciente que ingresa, si es Rh negativa o positiva, para tratar de prevenir el paso de eritrocitos fetales, y la formación de anticuerpos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Administrative structura of the N.H.S. Therapeutic Abortion. Brit. med. J. 4: 786-7, Dic. 68.
- 2.- Barley, K. Risks of abortion. Brit. med. J. 2: 557. Jun. 68.
- 3.- Bibbs, D.D. Demand for abortion. Brit. med. J. 1: 199-200, 25 Jan. 69.
- 4.- Brown, W. D. et al. The preservation of life. Lancet 211: 76-82, 5 Jan. 70.
- 5.- Clarke, C.A. et al. Rhesus sensitización and abortion. Brit. med. J. 4:743-4, Dic. 69.
- 6.- Csapo, A.I. et al. Progesterone withawal during hipertonic-salino indiced abortions. Amer. J. Obstet. Bynec. 105: 1.132-4, 1 Dic. 69.
- 7.- Droegemueller, W. et al. The first years of experience in Colorado with the new abortion law. Amer. J. Obstet. Gynec. 103: 694-702, 1 Mar. 69.
- 8.- Eastman, N. J. Obstetricia de Williams. 2a. ed. México, Unión Tipográfica Hispano-Americana. 1953. pp. 489-512.
- 9.- Eaton, C. J. Uterine aspiration for evacuation of the pregnant uterus. JAMA. 207: 1887. 10 Mar. 69.
- 10.- Fhosh, S.C. Induced abortion and Rh-isoinmunizacione. Lancet. 1: 1021. 17 May. 69.
- 11.- Greenhill, J. P. M. D. Principios y práctica de Obstetricia de Delee. 2a. ed. México, Unión Tipográfica Hispano-Americana. 1958. pp. 497-521.
- 12.- Hertig, A.T. et al. Spontaneous theated and habitual abortion; their pathogenesis and treatament. New. Eng. J. Med. 230: 797. 44.
- 13.- Ingram, J.M. Changing aspects of abortion law. Amer. J. Obstet. Gynec. 105: 35-45, 1 Sept. 69.

- 14.- Jaschke, T.H.V. Tratado de obstetricia. 2a. ed. Barcelona, Edit. Labor. 1954. pp. 354-71.
- 15.- Josey, W.E. et al. Cephaloridine in septic abortion, comparison with a conventional ambined antibiotic regimen in a conservation program of management. Amer. J. Obstet. Gynec. 106: 237-42, 15 Jan. 70.
- 16.- Karin, S.M.M. et al. Therapeutic abortion using prostaglandin F 2-alfa. Lancet. 1: 157-9. 24 Jan. 70.
- 17.- Katz, J. Trasplacental passage of fetal red cells in abortion; incresed incidence after curtage and effect of oxytocis drugs. Brit. med. J. 4: 84-6, 11 Oct. 69.
- 19.- Lewis, T.L.T. The abortion. Act. Brit. med. J. 1: 241-2. 25 Jan. 69.
- 20.- Manabe, Y. Danger of hypertonic-saline induced abortion. JAMA. 210: 2091. 15 Dic. 69.
- 21.- Mattheus, C.E. et al. Antibody developepment in Rhesus-negative parients following abortion. Lancet. 2: 318. 9 Ag. 69.
- 22.- McLennam, M.T. et al. Failure of vaginal wall cytologic smears to predict abortion. Amer. J. Obstet. Gynec. 103: 228-31, 15 Jan. 69.
- 23.- Mikamo, K. Anatomic and chromosomal anomalies in spontaneous abortion, possibili correlation with overrpeness of oxcyts. Amer. J. Obstet. Gynec. 106: 243-54, 15 Jan. 70.
- 24.- Nomrington, E.A.M. et al. Rhesus sensitizacion and abortion. Brit. med. J. 4: 495-6, Nov. 69.
- 25.- Pearson, H. A. et al. Lack of influence of sickle cell trait an fertility and successful pregnan. Amer. J. Obstet. Gynec. 105: 2-3-5, 15 Nov. 69.
- 26.- Porgemen, J. Rhesus-antibody developepment after abortion. JAMA. 210: 2091. 15 Dic. 69.
- 27.- Predescu, B. et al. Repeated abortion in a women with XO-XX mosaicism. Lancet. 2: 217. 26 Jul. 69.

- 28.- Russell, K. P. et al. Therapeutic abortions in California, first years experience under new legislation. Amer. J. Obstet. Gynec. 105: 757-65, 1 Nov. 69.
- 29.- Ruth-Brandel, U. et al. Prostaglandis for induction of the reputeic abortion. Lancet. 1: 19-21, 24 Jan. 70.
- 30.- Shapiro, L.R. Repeated abortion in XO-XX mosaicism. Lancet. 2: 806. 11 Oct. 69.
- 31.- Shinagawa, S. et. al. Cervical pregnansy as a possible sequela of induced abortion. Report of 19 casos. Amer. J. Obstet. Gynec. 105: 282-4, 15 Sept. 69.
- 32.- Soltaw, D.H.K. et al. Abortions and gynaecological practice. Brit. med. J. 1: 506-7, 22 Feb. 69.
- 33.- Steptoe, P.C. et al. Combined Produce of aspiration termination and laparoscopic sterilization. Brit. med. J. 3: 751-2, 27 Sept. 69.
- 34.- Szekely, P. et al. Indications for termination of pregnancy. Brit. med. J. 2: 556. Jun. 68.
- 35.- Taylor, E. S. Obstetricia de Beck. 8a. ed. México. Editorial Inter-Americana. 1968. pp. 298-331.
- 36.- Taylor, M.D. Continuous saline flushing a modification for vacuum evacuation of the uterus. Amer. J. Obstet. Gynec. 105: 986-7, 15 Nov. 69.
- 37.- Utus Paste. Lancet. 1: 658-8, 29 Mar. 69.
- 38.- Voigt, J. C. Feto-Maternal haemorrhage in therapeutic abortion. Brit. med. J. 4: 395-6, Nov. 69.
- 39.- Williams, E.A. Therapeutic Abortion. Lancet. 1: 1,093-4, 31 May. 69.
- 40.- Wingate, M.B. Anatomic studies on midtrimester abortion. Amer. J. Obstet. Gynec. 102: 901-2, 15 Nov. 68.

Vo. Bo.

Sra. Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria

THELMA CONSUELO VELASQUEZ DE ZIMERI

Dr. LUIS AGUIRRE
Asesor

Dr. ENRIQUE CASTILLO
Revisor

Dr. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III

Dr. CARLOS A. BERNHARD
Secretario

Vo.Bo.

Dr. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano