

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“A B O R T O”

REVISION DE 226 CASOS ENCONTRADOS EN
EL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA,
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO
ENTRE LOS MESES DE JULIO DE
1978 A JUNIO DE 1979.

TESIS

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

POR:

GILMA ESPERANZA CASTILLO GIRON

En el Acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA OCTUBRE DE 1979.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. GENERALIDADES
- IV. MATERIAL Y METODOS.
- V. RESULTADOS.
- VI. CONCLUSIONES.
- VII. RECOMENDACIONES.
- VIII. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Desde los inicios de la especie humana ésta ha pasado por un sinnúmero de problemas con el producto de la concepción, especialmente con la expulsión por una u otra causa del mismo.

Con el correr de los años se ha Investigado, descubierto y usado diferentes técnicas y tratamientos para el control de este problema, pero a pesar de ésto el aborto se ha incrementado, especialmente, en algunos países en donde se han creado leyes autorizándolo y en otros aunque no lo esté, existen grupos de personas con o sin conocimiento mínimo que realizan maniobras mecánicas y medicamentosas para provocar la expulsión del producto de la concepción.

Las estadísticas registradas actualmente son falsas, pues únicamente encontramos en ellas los casos evaluados y vistos en áreas hospitalarias y no están registrados muchos casos que no son reportados por su clandestinidad y otros por no alcanzar a llegar a los centros asistenciales, por lo tanto, este trabajo únicamente es un reflejo de la realidad.

Si nos inclinamos un poco hacia lo místico y a las leyes naturales podríamos decir, que siendo la reproducción un don maravilloso que poseemos, aunque en distinta forma todos los seres de la tierra, y siendo los humanos los que poseemos el don del razonamiento. Por qué? teniendo tantos medios para evitar la concepción no los usamos para no llegar a convertirnos en ejecutores de nuestra descendencia.

Para terminar esta breve introducción quiero recordar a todos (congéneres, compañeros, maestros, etc.), no como un reclamo, sino simplemente como algo que debemos tener presente todos los días de nuestra existencia, las bellas palabras de juramentación:

"Juro no usar mis conocimientos para contravenir las leyes de la naturaleza humana".

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Actualizar la incidencia de abortos en el Hospital Modular de Chiquimula.
2. Hacer una revisión de los casos ocurridos en el período comprendido entre julio de 1978 a junio de 1979.
3. Aportar nuevos datos y experiencias tratando con ello de ayudar en alguna forma a la realización de investigaciones futuras.
4. Ayudar a conocer, aunque sea en mínima parte, el estado de salud de la población guatemalteca.

ESPECIFICOS:

1. Identificar la frecuencia de cada tipo de aborto.
2. Conocer e identificar la sintomatología de cada tipo de aborto para lograr así un mejor tratamiento y evitar cualquier clase de complicaciones.
3. Determinar las causas más frecuentes, sobre todo en nuestro medio, que pueden llegar a provocar el aborto.
4. Determinar la incidencia y tipo de complicaciones Post-aborto.
5. Conocer el tipo, frecuencia y resultados obtenidos según el tratamiento efectuado en cada tipo de aborto.

ABORTO

DEFINICIONES

Aborto es la terminación del embarazo en una fecha cualquiera antes de que el feto haya alcanzado un estadio de viabilidad.

El aborto se puede clasificar en espontánea y provocado. **Aborto espontáneo** es la terminación del embarazo antes que el fruto sea viable, debida a causas naturales sin intervención mecánica o médica. **El aborto provocado** puede ser terapéutico o criminal. **Aborto terapéutico** es la terminación artificial del embarazo, motivada por una alteración física o mental que pudiera hacer desaconsejable la continuación del embarazo.

El **aborto criminal** es la terminación del embarazo sin justificación médico-legal. Las variaciones en la evolución clínica del aborto conduce a varios resultados posibles. En el caso del **Aborto completo** se expulsa todo el producto de la concepción. En el caso del **Aborto incompleto** se expulsan algunas partes del producto de la concepción, pero otras, (por lo general parte de la placenta y de las membranas) quedan retenidas en el útero. En el caso del **Aborto diferido**, el feto muere, pero el producto de la concepción permanece retenido en el útero durante 2 meses o más. En el caso del **Aborto habitual**, este accidente se produce en una serie de embarazos sucesivos, en general se consideran tres como mínimo.

ABORTO ESPONTANEO.

Incidencia: Se considera, por lo general, que alcanza el 10o/o de todos los embarazos. Esta cifra resultante de dividir el número de abortos de una serie cualquiera por el número total de nacimientos, puede denominarse tasa de abortos.

Los estudios realizados en la actualidad sugieren que posiblemente la cifra del 10o/o es demasiado baja, y que al menos un 15o/o de los embarazos comprendidos entre las semanas 4 y 20 de la gestación terminan en aborto espontáneo..

Etiología: Durante los primeros meses del embarazo la expulsión espontánea del huevo está precedida, casi siempre, por la muerte del feto. Por esta razón las consideraciones etiológicas del aborto precoz comprenden la dilucidación de la causa de muerte fetal. Esta puede ser debida a anomalías del hueso propiamente dicho o del aparato reproductor, o a una enfermedad general de la madre y, a veces, del padre.

Desarrollo anormal: La causa más frecuente de muerte fetal consiste en una anomalía del desarrollo, incompatible con la vida. Parece probable que existan dos grupos principales de factores causantes de tales anomalías: anomalías en los estadios más precoces de la segmentación del óvulo y alteraciones en el medio que lo rodea. Las anomalías en las fases precoces de la segmentación se atribuyen a defectos en el plasma germinal de causa materna, paterna o de ambas. Son muchos los factores que afectan tanto al medio intrauterino como al embrión. Algunos de ellos, tales como las radiaciones, los virus y los factores químicos, son bien conocidos. Dado que estos factores pueden producir también malformaciones congénitas, se les llama **teratógenos**. No obstante, si estos factores ejercen su acción en un momento determinado y a una concentración particular, es posible que provoquen el aborto, ya sea por acción directa sobre el embrión, ya porque se altera su constitución cromosómica. A esto se debe que sea difícil, a menudo, atribuir la causa del aborto sólo a factores hereditarios o ambientales.

Anomalías de la placenta: Más avanzado el embarazo, probablemente a partir de la semana 20, ciertas anomalías placentarias causan, a veces, aborto, aunque más a menudo dan lugar a un parto prematuro. En las vellosidades puede presentarse

endoarteritis, sin relación con la sífilis e interfeerir el intercambio placentario de modo que cause la muerte fetal.

En caso de grandes infartos puede ocurrir que se destruya una cantidad tan grande de tejido placentario que éste deje de ser adecuado para subvenir a las necesidades fetales.

ENFERMEDAD MATERNA.

Infecciones agudas: Las infecciones agudas graves, en especial la neumonía, la fiebre tifoidea y la pielonefritis, a veces, dan lugar abortos a causa de la hipertermia, incidiendo en una mujer sin defensas o bien, aunque rara vez, por afectación placentaria e incluso por transmisión transplacentaria del parásito. Las toxinas procedentes de la madre pueden lesionar al feto o causar su muerte y expulsión. La anemia probablemente es un factor de poca importancia en los países en desarrollo, donde la hemoglobinemia es, a veces, extremadamente baja. La intoxicación por metales pesados o por gas en ocasiones origina también el aborto.

Infecciones crónicas: Son muchas de las enfermedades infecciosas crónicas de las que se ha sospechado que ocasionan aborto. Según algunas publicaciones, la *LISTERIA MONOCITOGENES* y el *TOXOPLASMA* pueden ser agentes etiológicos, aunque parece que tienen menos importancia en este país que en otras partes del mundo.

Enfermedades crónicas consutivas: En la fase precoz del embarazo, enfermedades tales como la tuberculosis o la carcinomatosis, rara vez producen abortos, la paciente muere a menudo sin dar a luz.

Sífilis: Esta enfermedad fue al principio considerada como causa frecuente de aborto. Puesto que es necesario que transcurran varias semanas de infección sifilítica fetal, para que sobrevenga la muerte o expulsión del feto, en la actualidad se considera que la

sífilis rara vez provoca aborto, si es que alguna vez lo hace.

Alteraciones endócrinas: El aborto se atribuye a menudo, tal vez sin razón suficiente, a la deficiente cantidad de progesterona que secretan el cuerpo lúteo o el trofoblasto. Puesto que la progesterona mantiene la decidua, su deficiencia relativa podría teóricamente interferir en la nutrición del huevo, y así contribuir a su muerte. En algunos casos de aborto, pueden estar también implicados otros órganos endócrinos como, en especial, el tiroides.

Laparotomía: El trauma que representa la laparotomía a veces provoca el aborto. Es también susceptible de provocarlo, de un modo especial, la peritonitis generalizada.

Cuanto más próxima a los órganos pélvicos está la herida quirúrgica, más fácil es que se produzca aborto. No obstante, en general, es posible extirpar los quistes ováricos y los miomas pediculados, durante el embarazo, sin interferir en la gestación.

Anomalías de los órganos reproductores: Las anomalías locales y las enfermedades del aparato reproductor sólo raras veces son causa de aborto. La incarceration uterina se acompaña, por lo general, de aborto a menos que el útero se extraiga de la pélvis. Los tumores submucosos constituyen la variedad que, con más frecuencia, tiende a producirlo.

Las lesiones del aparato reproductor que resultan importantes como causa de aborto son el cuello corto congénito y el que ha sido acortado mediante intervención quirúrgica, intervención que ha de evitarse siempre que sea posible durante los años fértiles. Los desgarros cervicales largos que no han sido tratados adecuadamente con ocasión del parto o que curan mal pueden ser también causa de aborto tardío.

Trauma físico: Un importante argumento contra el papel del trauma como causante del aborto espontáneo está basado en el

factor tiempo. La mayoría de los abortos espontáneos se presentan una vez muerto el feto. Si el trauma fuera la causa, no sería un accidente reciente sino, en general, uno que hubiera acaecido 6 semanas antes del aborto.

No obstante, en casos raros, los traumatismos físicos y emocionales pueden ser causa de abortos. En tales casos, probablemente el mecanismo incitante no es la muerte del feto sino la perturbación de la circulación uterina hasta tal punto que se produzca el desprendimiento de la placenta. Por lo tanto, ha de producirse hemorragia y aborto, poco tiempo después del trauma desencadenante.

Patología: La lesión más frecuente encontrada en el aborto espontáneo es la hemorragia en la decidua basal, seguida de las alteraciones necróticas en los tejidos adyacentes a la hemorragia. Puede sobrevenir una reacción inflamatoria. A consecuencia de la hemorragia y de la necrosis, el huevo se desprende en parte o en su totalidad, actuando como un cuerpo extraño en el útero e iniciando, eventualmente, las contracciones a consecuencia de las cuales se produce la expulsión. Hasta hace poco tiempo, se consideró por lo general que la hemorragia decidua era primaria y la muerte del embrión secundaria. No obstante, se ha señalado que la presencia de una hemorragia decidua es un hallazgo común en la fase precoz de embarazos normales. Un espécimen típico precoz es el constituido por membranas engrosadas, opacas e infiltradas en sangre con una zona más gruesa en un punto que representa la placenta. El huevo expulsado íntegramente está lleno de líquido y sus paredes parecen ser más laxas y con poca presión interna. Cuando se abren las membranas engrosadas, se encuentra líquido claro con un pequeño feto macerado, deprimido contra un amnios plegado de color grisáceo.

Al examen microscópico aproximadamente el 30o/o de las placentas procedentes de abortos espontáneos muestran alteraciones hidrópicas en las vellosidades.

Antes de la 10 semana, el huevo está en condiciones de ser expulsado como saco intacto, a menudo con el molde decidua adherido a él. antes de este momento las vellosidades de anclaje del corion todavía no están unidas con seguridad a la decidua y, por tanto, es fácil la separación completa del huevo todavía unido laxamente. No obstante, entre las semanas 10 y 12 el corion experimenta un desarrollo sorprendente. Sus vellosidades establecen una firme conexión con la decidua, dando lugar a la retención de elementos coriónicos en muchos de estos abortos tardíos.

Cuadros Clínicos: El cuadro clínico del aborto espontáneo se estudia mejor dividiendo en 4 subgrupos: amenazante, inevitable, incompleto y diferido.

Amenaza de aborto: Se presume que se presenta ésta cuando aparece flujo vaginal sanguinolento de cualquier intensidad o una franca hemorragia vaginal durante la primera mitad del embarazo. Puede ir acompañado de dolores leves, semejantes a los que aparecen durante la menstruación, o de dolor de espalda. Según esta interpretación, la amenaza de aborto es en extremo común, pues una de cada 5 mujeres embarazadas sangran un poco o tienen verdaderas hemorragias durante los primeros meses de la gestación.

De todas las que sangran, sólo están abortando, de hecho, la mitad. No obstante hay razones para creer que muchas de las pacientes que sangran durante la primera mitad del embarazo no sufren una amenaza de aborto. Algunas de las hemorragias precoces son, a veces, fisiológicas. Parece que la sangre proviene de vasos sanguíneos paraplacentarios rotos y de la existencia de epitelio erosionado dentro de la cavidad uterina. Lo más frecuente es que la hemorragia comience dentro de los 17 días posteriores a la concepción o 29 días después de la última menstruación. Además, durante la fase precoz del embarazo es posible que sangren lesiones inflamatorias existentes en el orificio externo, en

especial después del coito. Los pólipos que asientan en el orificio externo, así como también reacciones deciduales del cuello tienden a sangrar al principio de la gestación. Probablemente la mayoría de las mujeres que presentan de hecho una amenaza de aborto entran en el próximo estadio del proceso sea el que fuere el tratamiento que se aplique.

La hemorragia de la amenaza de aborto es con frecuencia ligera, pero puede persistir a menudo durante días y aún semanas. Algunas veces es fresca y por lo tanto roja, pero su color varía según la cantidad de moco con que vaya mezclada. Otras veces, cuando la sangre eliminada es antigua presenta un color marrón oscuro. Por lo general los dolores abdominales bajos y dolor de espalda persistentes no acompañan a las hemorragias producidas por otras causas.

Aborto Inevitable: Se caracteriza por la rotura de las membranas estando el cuello dilatado. En estas condiciones, es seguro que va a producirse el aborto. Muy rara vez se presenta una efusión de líquido durante la primera mitad del embarazo sin consecuencias serias.

Aborto Incompleto: El feto y la placenta son susceptibles de expulsarse juntos antes de la décima semana y separadamente, después. Incluso pareciendo que el feto y la placenta se expulsan en su totalidad puede que algún fragmento placentario se desprenda quedando adherido al útero. Cuando la placenta queda retenida en su totalidad o en parte, se produce hemorragia más o menos tarde, siendo éste el principal y a menudo el único signo de aborto incompleto. En este caso hay invariablemente hemorragia; ésta es a menudo profusa y puede ser masiva hasta el punto de causar choque profundo. A medida que el proceso del aborto continúa, las contracciones uterinas junto con la expulsión del feto y del líquido amniótico, produce una separación cada vez más acentuada. Si la placenta se desprende por completo, las fibras musculares se contraen sobre los vasos sanguíneos que

existen en sus intersticios, cesando así la pérdida de sangre. Sin embargo, si el tejido placentario permanece en parte unido y en parte desprendido, la acción de contención ejercida por la porción unida interfiere con la contracción uterina en la vecindad inmediata. Los vasos existentes en la parte desnuda de la placenta sangran con profusión al carecer de la constricción que proporcionan las fibras musculares.

Mientras la placenta permanece completamente unida es obvio que resulta imposible la hemorragia de la zona de implantación placentaria. Estando la placenta separada por completo la hemorragia proveniente de la zona de implantación placentaria es, por lo general, controlada con eficacia por la contracción del miometrio. Sin embargo, una placenta parcialmente desprendida provoca siempre hemorragia y es una causa común de hemorragia obstétrica.

Aborto Diferido: Es la retención del producto de la concepción durante 2 meses o más, después de haber muerto el feto. En el caso típico los 2 primeros meses del embarazo son normales por completo, con amenorrea, náuseas y vómitos, modificaciones mamarias y crecimiento uterino. Después de la muerte del feto, puede o no haber hemorragia vaginal e incluso síntomas transitorios que denotan una amenaza de aborto. El útero parece entonces estacionario en tamaño y las modificaciones mamarias regresan. Es posible que la paciente pierda algún peso. La palpación y medición cuidadosas del útero ponen de manifiesto que no sólo ha cesado de crecer, sino que además se hace más pequeño a consecuencia de la absorción del líquido amniótico y maceración del feto. Algunas pacientes se quejan de laxitud, depresión y mal gusto en la boca. Si el aborto diferido termina de forma espontánea, el proceso de expulsión es del todo igual que en cualquier aborto ordinario. El producto de la concepción, si queda retenido durante varias semanas después de la muerte del feto, es un saco arrugado que contiene un embrión muy macerado, si es por meses o años parece en forma de masa

formada por tejido viejo y sangre. A veces aparecen serios trastornos del mecanismo de la coagulación después de la retención prolongada del producto muerto.

Tratamiento:

Amenaza de Aborto: Se clasificarán en las que presentan hemorragia vaginal sin dolor y en las que se caracterizan por hemorragia vaginal acompañada de dolor.

Hemorragia vaginal sin dolor: Es aconsejable disminuir la actividad de la paciente y sedarla suavemente con barbitúricos. Rara vez está indicado el reposo prolongado en cama. Ha de evitarse el coito por lo menos hasta pasadas 2 semanas de la terminación de las hemorragias. Si ésta persiste, es aconsejable explicarle a la paciente que puede abortar y que la restricción más acentuada de su actividad retrasará simplemente lo inevitable. Si la hemorragia cesa con prontitud, la paciente puede reanudar sus actividades con una seguridad relativa de que el embarazo será normal.

Hemorragia vaginal con dolor: Por lo general, comienza primero la hemorragia vaginal siguiéndole el dolor unas pocas horas o días más tarde. El dolor puede ser anterior y claramente rítmico, simulando el del parto; puede ser un dolor persistente de espalda acompañado de sensación de presión pélvica, o bien una molestia suprapúbica de localización media y de ligera intensidad que se acompaña, a menudo, de poliaquiuria y aumento de la sensibilidad a nivel del útero. Cualquiera que sea la modalidad del dolor, el pronóstico respecto a la continuación del embarazo es malo. No obstante, en algunos casos el dolor cesa y se sigue un embarazo normal. En todos los casos se explorará a fondo a la paciente, ya que siempre existe la posibilidad de que el cuello esté ya dilatado y que, en consecuencia, sea inevitable el aborto o que haya una complicación grave, tal como un embarazo extrauterino o torsión de un quiste ovárico que haya pasado inadvertido. Puede enviarse a la paciente a su domicilio, para que allí guarde reposo en cama

y adminístrale un sedante suave y codeína para aliviar el dolor, pero, en general, si los síntomas son graves se trata mejor a la paciente internándola en el hospital durante unos días.

Cuando parece que el aborto es inminente, es aconsejable hospitalizar a la paciente en seguida. Tan pronto como ingrese, ha de determinarse el grupo sanguíneo y hacer las reacciones cruzadas necesarias con vistas a una posible transfusión. Si la hemorragia y el dolor no ceden en un plazo de 6 horas probablemente lo mejor es afrontar la realidad del aborto y estimular su consumación inyectando 0.5 cc de oxitocina por vía I.M., cada media hora, administrando 6 dosis o administrando el mismo medicamento por vía I.V., a concentraciones de 10 a 20 u/l de glucosa al 50/o o en solución salina. A menudo que se identifique todo el feto y la placenta en su totalidad, hay que trasladar a la paciente a la sala de operación para efectuar un legrado con cucharilla o mediante succión bajo anestesia. Es premisible aplazar la intervención, si la paciente tiene fiebre, pero si se aplica un tratamiento antibiótico eficaz, la pronta consumación del aborto mediante legrado ha resultado en la práctica un procedimiento aceptable e inocuo.

Aborto Inevitable: Si en una fase precoz del embarazo se produce la expulsión repentina de líquido, que sugiere la rotura de las membranas, antes de que la paciente sangre o tenga dolor, se le aconsejará guardar cama y se mantendrá en observación. En cambio, si la expulsión de líquido va seguida de hemorragia y dolor, o si se presentan después que lo hayan hecho la hemorragia y el dolor, el aborto es inevitable. Hay que hospitalizar a la paciente, realizar las determinaciones necesarias para proceder a una transfusión y administrar oxitocina, todo esto según ha sido ya descrito. Si ésta resulta ineficaz, hay que proceder al legrado con prontitud.

Aborto Incompleto: Toda paciente con aborto incompleto ha de ser hospitalizada, se ha de hacer las determinaciones necesarias

para proceder a una transfusión y, además, extraérsele cuanto antes a todo tejido retenido. En muchos casos, el tejido placentario retenido yace simplemente en el canal cervical sin adherirse de modo que puede extraerse con facilidad, exponiendo el orificio externo, con un fórceps de huevos. Si no es así, se practica un legrado corriente. En el caso del aborto incompleto es a menudo necesario dilatar el cuello antes de practicar el legrado. Se cree que es más inocuo diferir el legrado en pacientes febriles hasta que la fiebre haya cedido.

La hemorragia que produce el aborto incompleto es a menudo grave y puede causar choque, pero rara vez resulta fatal. Al parecer, cuando la tensión arterial desciende a un nivel crítico bajo, la hemorragia uterina cesa temporalmente. Es aconsejable transfundir sangre a estas pacientes y mejor si se les transfunde antes del legrado y durante el mismo.

Aborto Diferido: Dadas las dificultades mecánicas implicadas en la terminación de un aborto diferido por dilatación y legrado, en los casos en que el feto no ha muerto hasta ya muy avanzado el primer trimestre o más tarde y dada la alta incidencia de infección, tiempo atrás el tratamiento solía ser de carácter expectante. En los casos en que se tiene seguridad de que el feto ha muerto, se ha aconsejado evacuar el útero mediante la administración de concentraciones graduales de oxitocina por vía I.V. Se comienza la infusión con 10 u., de oxitocina sintética en 500 cc de solución de dextrosa al 5o/o en agua que pase a la velocidad usual de 10 a 20 gotas/mt. La concentración se aumenta en 20 u., por hora hasta que se presenten contracciones dolorosas, y se deja que pase la infusión durante 8 a 10 horas.

ABORTO HABITUAL:

Definición: En nuestros días, la definición más generalmente aceptada es la que se refiere a tres o más abortos espontáneos consecutivos.

Etiología: Los factores etiológicos pueden clasificarse en dos grupos principales: 1) Células germinales anormales y 2) Medio materno defectuoso.

Células germinales anormales: Por lo general, los espermatozoides o los óvulos son tan anormales que, de cada fecundación, se origina un huevo patológico el cual es abortado.

Es probable en el aborto a repetición que el producto anormal de la concepción se deba a la existencia de un medio materno defectuoso. Se cree que también la hipospermia puede causar abortos de repetición.

Medio materno inadecuado: Es sabido que del 50o/o al 80o/o de todos los abortos son patológicos, y que a menudo falta el embrión. Queda por determinar si éstos se deben generalmente a un defecto primario de la célula germinal o a que el medio materno es inadecuado, pero es posible que muchos, más bien que pocos casos de aborto habitual sean producidos por la existencia de un medio materno inadecuado. Algunas de las causas posibles de estos defectos maternos son las siguientes:

1. **Factores Nutricionales:** La experiencia sugiere que durante los períodos de hambre prolongada hay una disminución de la tasa de nacimientos disminuye el peso de los niños al nacer y es más alta la tasa de malformaciones fetales. Se ha considerado de importancia etiológica, además de la privación calórica general, varias deficiencias vitamínicas. Dado que los efectos de los estrógenos sobre el desarrollo son inhibidos por la ausencia en ácido fólico, se considera que la privación relativa en estrógenos constituye la causa de los abortos. No obstante, resulta poco clara la asociación entre deficiencias en ácido fólico y abortos.

En la actualidad, parece lo más probable que la malnutrición general grave peligrosa predisponga a un aumento de la tendencia al aborto. No obstante no se dispone de pruebas

concluyentes para demostrar que la deficiencia en la dieta o en cualquier elemento nutritivo sea una causa importante de aborto.

2. Alteraciones uterinas anatómicas: El diagnóstico de la existencia de un útero doble en una mujer con abortos a repetición no es suficiente para probar que éste sea el factor etiológico. Sólo ha de considerarse así, si es posible excluir todos los demás factores etiológicos. El hecho de que el 75o/o de las mujeres con útero doble no experimenten dificultades graves refuerza la necesidad de asegurarse de que la anomalía es necesariamente el factor causal. Los miomas pueden considerarse como factor etiológico del aborto sólo cuando el resto de la exploración clínica es negativa y la histerografía demuestra una deformidad verdadera de la cavidad.

3. Cérvix Incompetente: El término de "cérvix incompetente" se ha aplicado a una entidad obstétrica bastante discreta caracterizada por la dilatación indolora y sin pérdida de sangre del cuello uterino en el segundo trimestre del embarazo, seguida de la rotura de las membranas y la expulsión subsiguiente del feto, el cual es tan inmaduro que casi siempre muere.

Existe asimismo una tendencia a presentarse la misma secuencia de hechos en cada embarazo, de forma que, por lo general, es posible establecer este diagnóstico de presunción si una mujer refiere una historia de rotura de las membranas durante la mitad del embarazo en gestaciones sucesivas con pérdida del feto.

Aunque la causa de la incompetencia cervical resulta oscura, puede que sea un factor que contribuya a ella, en muchos casos, el antecedente de un trauma previo con motivo de dilatación y legrado o cauterización cervicales. En otros casos, representan tal vez un factor determinante las alteraciones de tipo endócrino, congénitas o de desarrollo. El hecho de que sea raro en primigestas que no han sido sometidas a intervenciones cervicales es una razón de peso para creer que el trauma

constituye la causa común.

La dilatación cervical, característica de esta condición, rara vez se presenta antes de la semana 16 de la gestación, ya que, con anterioridad a esta fecha, el producto de la concepción no es lo bastante grande como para borrar y dilatar el cuello sin que se presenten contracciones uterinas dolorosas. Este aborto es una entidad del todo diferente del aborto espontáneo del primer trimestre el cual es una complicación en extremo común del embarazo, mientras que la incompetencia cervical es muy rara.

4. Incompatibilidad de grupos sanguíneos: Aunque la incompatibilidad Rh puede producir aborto por eritroblastosis, es muy poco frecuente que de lugar a aborto tardío. Sin embargo, cada día se tienen más pruebas que sugieren que la incompatibilidad ABO puede ejercer cierta influencia etiológica en el aborto habitual.

Investigación clínica: El tratamiento más ventajoso del aborto de repetición se consigue antes de la concepción, ya que con frecuencia sólo se logra descubrir los factores implicados en él, si la paciente no está embarazada. Así pues, es necesario efectuar el tratamiento correctivo de algunos de los factores implicados antes de la concepción, para lograr una evolución satisfactoria.

Defectos del plasma germinal: No se conoce, por supuesto, ningún tratamiento de las alteraciones del plasma germinal, ya sea de origen espermático u ovular. El único recurso consiste en aconsejar un buen régimen dietético, de ejercicio y de reposo, con limitaciones de alcohol, tabaco y drogas.

Deficiencias nutritivas: Ha de evaluarse cuidadosamente el peso y el estado nutritivo de las pacientes. Todas las pacientes con alteraciones reproductivas se beneficiarán de las dietas con una cantidad apropiada de proteínas, vitaminas y calorías.

Anomalías uterinas: En caso de que se trate de un útero doble que se considere que es factor etiológico de los abortos repetidos está justificado proceder a una intervención que unifique el órgano. Ha de practicarse miomectomía cuando esté indicada.

Cervix incompetente: Su tratamiento es quirúrgico. La intervención, en esencia, consiste en reforzar el cuello debilitado por medio de una sutura en bolsa de tabaco. Es preferible realizar esta intervención entre la semana 14 y 18 y, ciertamente, si es posible antes que se haya alcanzado una dilatación de 4 cm.

Son dos los tipos principales de intervención que se emplean en la actualidad. Una de ellas, recomendada por McDonald es de técnica muy simple. La otra es la operación de Shirodkar. En el caso de que la intervención fracase y aparezcan signos de abortos inminentes, es urgente quitar la sutura, pues si no se hace así con prontitud puede provocar graves secuelas. En los casos en que se haya tenido éxito con el procedimiento de McDonald, hay que quitar la sutura a la semana 38 ó 39 para permitir el parto. Después de la operación de Shirodkar es posible dejar la sutura in situ y hacerse practicar cesárea cerca del término del embarazo o bien puede quitarse la sutura y permitir así el parto vaginal, según las circunstancias.

Malformaciones uterinas: La reconstrucción de esta anomalía según las técnicas da lugar a una tasa de embarazos con éxito de aproximadamente el 85o/o.

Pronostico: Excepto en el caso de que haya alteraciones corregibles por medios quirúrgicos, lo más acertado es no mostrarse demasiado optimista. Sea cual fuere el tratamiento realizado, la tasa de curaciones aparentes después de 3 abortos oscilará entre el 70 y 80o/o.

ABORTO PROVOCADO.

Aborto ilegal: Su incidencia es, por razones obvias, desconocida,

pero la mayoría de los observadores creen que es en extremo elevada. Es posible formarse alguna idea de la magnitud del problema por el hecho de que, no hace mucho tiempo, la mitad de las muertes maternas acaecidas en la ciudad de Nueva York fueron debidas al aborto. Un cálculo bien realizado considera que la tasa no es inferior al 15o/o ni superior al 25o/o de los nacidos vivos. En algunos países de Centro América la incidencia se aproxima al 50o/o.

CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES DEL ABORTO

Las complicaciones graves del aborto están, por lo general, pero no siempre asociadas al aborto ilegal. La consecuencia más grave del aborto es la muerte.

FIEBRE: En tanto que la elevación de temperatura puede acompañar las graves complicaciones del aborto, y casi siempre ocurre así, con frecuencia hay fiebre inmediatamente antes de expulsarse el producto de la concepción y durante la expulsión misma en el aborto no provocado.

Las complicaciones graves del aborto están relacionadas con la infección y con la hemorragia.

INFECCION. La infección que se da en el aborto se atribuye las más de las veces a microorganismos entéricos, en especial a bacterias del grupo E. coli aerógeno. En la actualidad son menos frecuentes las infecciones causadas por estreptococos hemolíticos, estafilococos, y Clostridium. Lo más corriente es que la infección quede limitada al útero en forma de endometritis. No son raras en forma alguna, las parametritis y las peritonitis (localizadas y generales).

Según la experiencia, la infección se trata mejor evacuando con rapidez los productos de la concepción. Si bien las infecciones leves pueden tratarse con éxito mediante la

administración de antibióticos de amplio espectro a las dosis corrientes, cualquier infección grave ha de atacarse con gran energía desde su comienzo. Se ha comprobado que la penicilina a dosis de 20 a 30 millones de u.i., por día, asociada a 1 gr. de Streptomina o a 2 gr., de Tetraciclina da excelentes resultados.

Cuando la infección se hace crónica, con la formación de un absceso pélvico, puede esperarse que se presente un estado de enfermedad largo y debilitante. En general, si se puede conseguir la evacuación de estos abscesos por vía vaginal, este es el tratamiento de elección. Si bien, en algunos casos, será necesario intervenir por vía abdominal extirpando el absceso junto con el útero, las trompas y los ovarios, nada se ganará con la extirpación por vía abdominal de los anexos indurados antes de la formación de un absceso.

HEMORRAGIA: En la práctica hospitalaria es raro en extremo que sobrevenga una hemorragia fatal debida a un aborto. Aunque las pacientes a menudo ingresan con grados extremos de pérdida sanguínea, la hemorragia cesa, por lo general, cuando la tensión arterial desciende a niveles de choque. El tratamiento se efectúa a base de transfusiones y con evacuación del útero.

CHOQUE BACTERIANO ENDOTOXICO: La bacteriemia, provocada casi siempre por *E. coli*, pero también por otras bacterias gramnegativas, algunas veces da lugar a un choque grave, el cual es a menudo fatal. La endotoxina está contenida en la pared celular del microorganismo responsable. El fosfolípido produce su toxicidad y los polisacáridos su antigenicidad. Este choque, afortunadamente raro, se relaciona, en la mayoría de los casos, con el aborto provocado. El choque endotóxico complica entre el 0.1 a 0.20/o de los abortos y la tasa de mortalidad alcanza al 50 a 70/o dependiendo de la gravedad del proceso y del grado de afectación renal.

El choque endotóxico bacteriano se caracteriza por el

hecho de presentarse en una paciente febril que no responde con rapidez a la administración intravenosa de líquidos, incluida la transfusión sanguínea. La mayoría de los casos de choque que acompañan al aborto son pasajeros, y se alivian, por lo general, con la simple infusión de líquidos. Lo contrario ocurre con el choque bacteriano y si, a pesar de la falta de respuesta, se prosigue la fluidoterapia durante un período de tiempo prolongado, la paciente fallece mientras continúa la hipotensión.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CHOQUE BACTERIANO ENDOTOXICO:

1. **Al sospecharlo:** Se han de controlar con frecuencia la presión sanguínea y la diuresis. Hay motivo de fundada sospecha en cualquier caso de aborto infectado, siempre que haya algún signo de hipotensión u oliguria.

2. **Al diagnosticarse:** Si la hipotensión y la oliguria no mejoran con la administración rápida de un litro de solución electrolítica, es muy probable que el choque esté producido por productos bacterianos.

3. Tratamiento:

a) Control de la infección:

I. Una vez obtenidos hemocultivos y urocultivos, así como material para realizar un cultivo a partir del cuello (aerobio y anaerobio), se comienza un tratamiento enérgico con antibióticos de amplio espectro.

II. Una vez que se haya comenzado el tratamiento antibiótico y el estado de la paciente se haya estabilizado algo, se evacua el producto infectado de la concepción, mediante legrado. Rara vez está indicada la histerectomía, a menos que el útero haya sido desgarrado o perforado por las manipulaciones

abortivas.

b) Tratamiento del choque. La primera meta que se ha de alcanzar es una perfusión adecuada de los órganos vitales. Se debe controlar la diuresis, para lo cual se emplea una sonda vesical conectada a una bolsa graduada.

1. Fluidoterapia: Se administra sangre total en cantidad suficiente para mantener el hematocrito a 30 ó más. Soluciones electrolíticas, tales como la solución de lactado de Ringer, se administran a una velocidad tal que mantenga la diuresis por encima de 0.5 cc o preferiblemente a 1 cc/min, y la tensión sistólica arterial a 80 mm de Hg o ligeramente superior. La solución de bicarbonato sódico sirve para combatir la acidosis. Se controla continuamente la presión venosa central y si aumenta por encima de lo normal, hay que restringir drásticamente la fluidoterapia.

2. Corticosteroides: Si el control de la infección mediante antibióticos y el legrado y la infusión de sangre y de líquidos no consiguen la mayoría rápida, está indicado administrar grandes dosis de corticosteroides. Se recomienda la administración rápida, por vía I.V. de 10 gr. de Solu-Cortef o un equivalente. Se puede emplear 0.5 gr., de Solu-Medrol por vía I.V. No es necesario prolongar la administración de corticosteroides más allá de la fase aguda, y puede interrumpirse bruscamente.

3. Agentes presores: No son tan populares como lo fueron en una década. En respuesta a la infusión de metaraminol se observa, con frecuencia, un aumento de la tensión arterial que va acompañada del aumento de la diuresis, indicando la mejoría de la perfusión. Este medicamento tiene, además, una poderosa acción inotrópica.

4. Agentes Vasodilatadores: En el choque endotóxico su uso es todavía dudoso.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: La insuficiencia renal persistente, que se presenta en el aborto, probablemente deriva de la acción combinada de la infección. Pero es posible que también se deba, aunque raras veces a la acción de los compuestos tóxicos empleados para provocar el aborto. En tanto que las formas muy graves de choque bacteriano endotóxico van acompañadas con frecuencia de lesión renal, las formas más leves rara vez dan lugar a insuficiencia renal declarada. Es de la mayor importancia diagnosticar precozmente esta complicación de carácter muy grave. Es, por lo tanto, aconsejable seguir cuidadosamente el estado de la diuresis de todas las pacientes con aborto, durante las primeras 24 horas.

El restablecimiento depende de la proporción de túbulos que hayan sido lesionados en forma temporal en relación con aquellos en que la lesión es permanente por alteración de la membrana basal.

El tratamiento se ha de dirigir al mantenimiento cuidadoso del equilibrio hidroelectrolítico. La Homeostasis se consigue mediante la restricción de líquidos, la regulación de los electrolitos y con la diálisis. El tratamiento consiste en el siguiente:

1. Restricción estricta de líquidos y de electrolitos.
2. Empleo precoz de la diálisis peritoneal, tan pronto como la insuficiencia renal se manifiesta, y antes de que haya uremia.
3. Hemodiálisis, si la diálisis peritoneal no tiene éxito.

En el aborto, acompañado o no de insuficiencia renal, la causa principal de muerte consiste en la infección. Por lo tanto, es esencial la administración adecuada de antibióticos.

PERFORACION: No es rara la perforación accidental del útero durante una dilatación o legrado. En general es fácil reconocerla, ya que el instrumento pasa sin dificultad más allá de lo que podría hacerlo de no haberse producido la perforación. Puede bastar la observación, si el orificio en el útero es pequeño como bien puede suceder, si ha sido caudado por una sonda o un dilatador. Tales lesiones pequeñas suelen curar pronto, sin complicaciones.

La perforación producida con motivo de un aborto provocado ilegal constituye un problema bastante distinto. En estas pacientes el desgarramiento puede ser grande y afectar a una porción vascular del útero e incluso al intestino o a la vejiga. Tales perforaciones a veces ya son obvias al ingresar la paciente, la cual presenta señales evidentes de hemorragia grave en la cavidad peritoneal o de peritonitis generalizada. No obstante, otras veces están enmascaradas por la existencia de peritonitis pelviana, o bien pasan inadvertidas porque todavía no ha producido hemorragia grave ni infección. En caso conocido de aborto provocado, siempre hay que realizar un examen radiológico de la paciente en ortoposición. De existir perforación, la placa demostrará la presencia de aire bajo el diafragma e incluso algunas veces la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad peritoneal. En estas circunstancias es imprescindible la laparotomía.

MATERIAL Y METODOS

1. Bibliográfico:

Para la realización del presente trabajo, se revisaron varios textos de literatura médica sobre especialidades gineco-obstétricas y patológicas generales en donde se obtuvieron datos y generalidades sobre el aborto.

2. Material de Archivo:

Fueron revisados un total de 226 registros médicos del archivo del Hospital Modular de Chiquimula, los cuales estaban comprendidos en un período de un año más específicamente de Julio de 1978 a Junio de 1979.

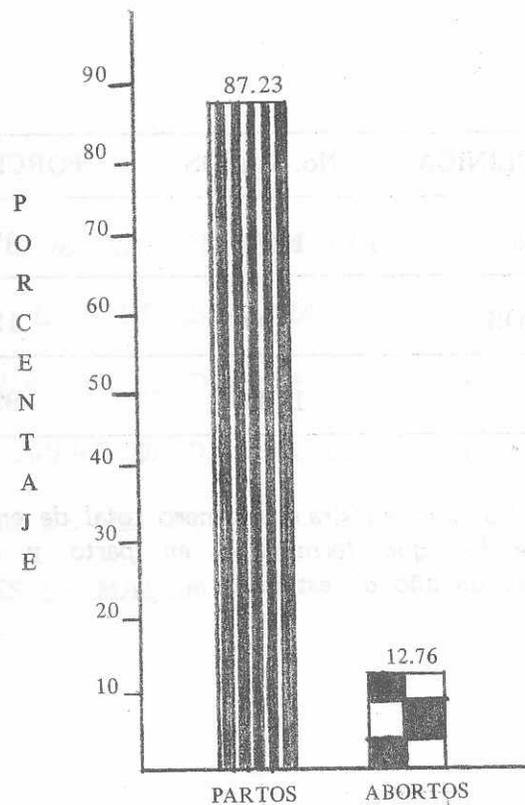
Se tomaron en cuenta para la revisión entidades tales como: Amenaza de aborto, Abortos incompletos, Abortos completos, Abortos incompletos sépticos, Abortos inminentes, Abortos habituales y Metropatías hemorrágicas.

Además, se tomaron en cuenta los siguientes factores: Edad, procedencia, antecedentes obstétricos, días de estancia, última regla y tratamiento efectuado.

No. TOTAL DE DIAS DE ESTANCIA: 969 días.
 PROMEDIO DIAS DE ESTANCIA: 4.28 días.
 MAYOR NUMERO DE DIAS DE ESTANCIA: 60 días.
 MENOR NUMERO DE DIAS DE ESTANCIA: 1 día.
 PACIENTES DE MENOR EDAD: 14 años.
 PACIENTES DE MAYOR EDAD: 49 años.

IMPRESION CLINICA	No. CASOS	PORCENTAJE
PARTOS	1299	87.23
ABORTOS	190	12.76
TOTAL	1489	99.99

CUADRO 1. Cuadro que muestra el número total de embarazos y el porcentaje de los que terminaron en parto y en aborto respectivamente, en un año de estudio.

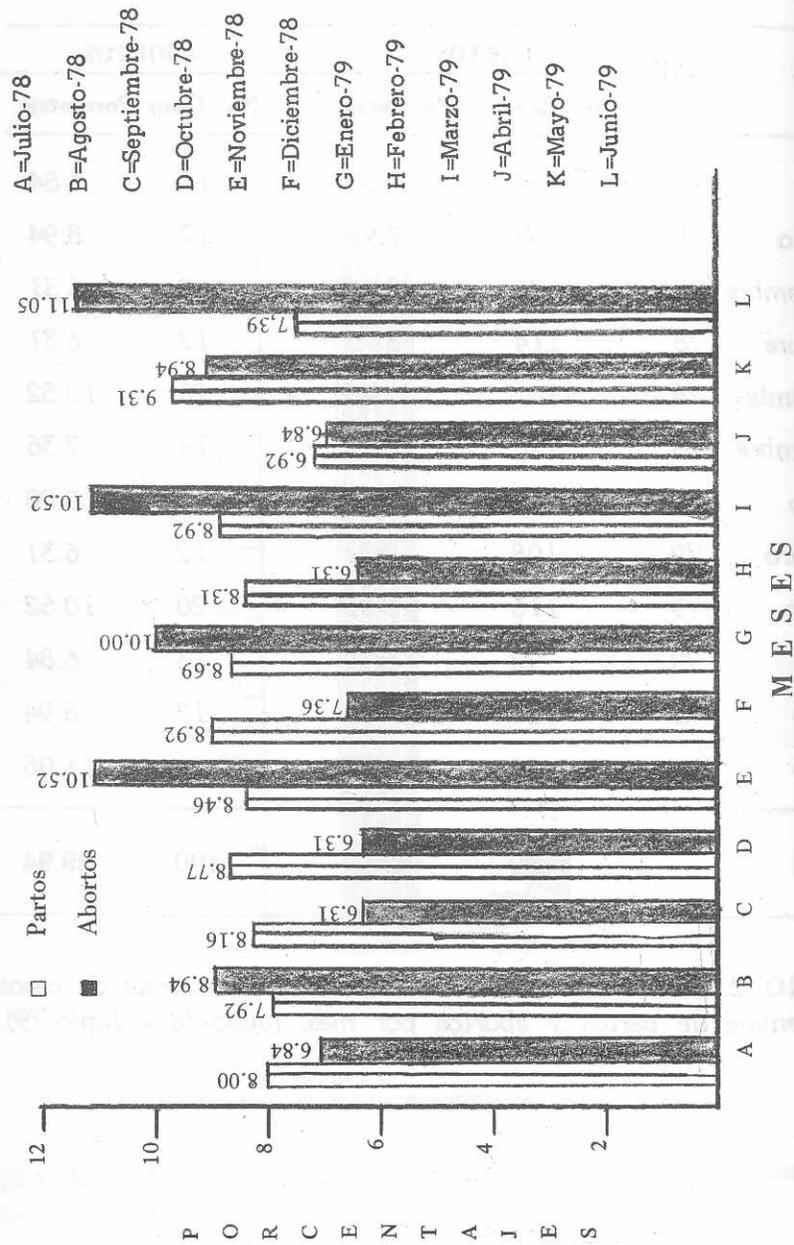


DIAGNOSTICO

GRAFICA 1. Las barras muestran el porcentaje de partos y abortos ocurridos en un año.

MES	AÑO	PARTOS		ABORTOS	
		No. Casos	Porcentaje	No. Casos	Porcentaje
Julio	78	104	8.00	13	6.84
Agosto	78	103	7.92	17	8.94
Septiembre	78	106	8.16	12	6.31
Octubre	78	114	8.77	12	6.31
Noviembre	78	110	8.46	20	10.52
Diciembre	78	116	8.92	14	7.36
Enero	79	113	8.69	19	10.00
Febrero	79	108	8.31	12	6.31
Marzo	79	116	8.92	20	10.52
Abril	79	92	6.92	13	6.84
Mayo	79	121	9.31	17	8.94
Junio	79	96	7.39	21	11.05
Total		1299	99.97	190	99.94

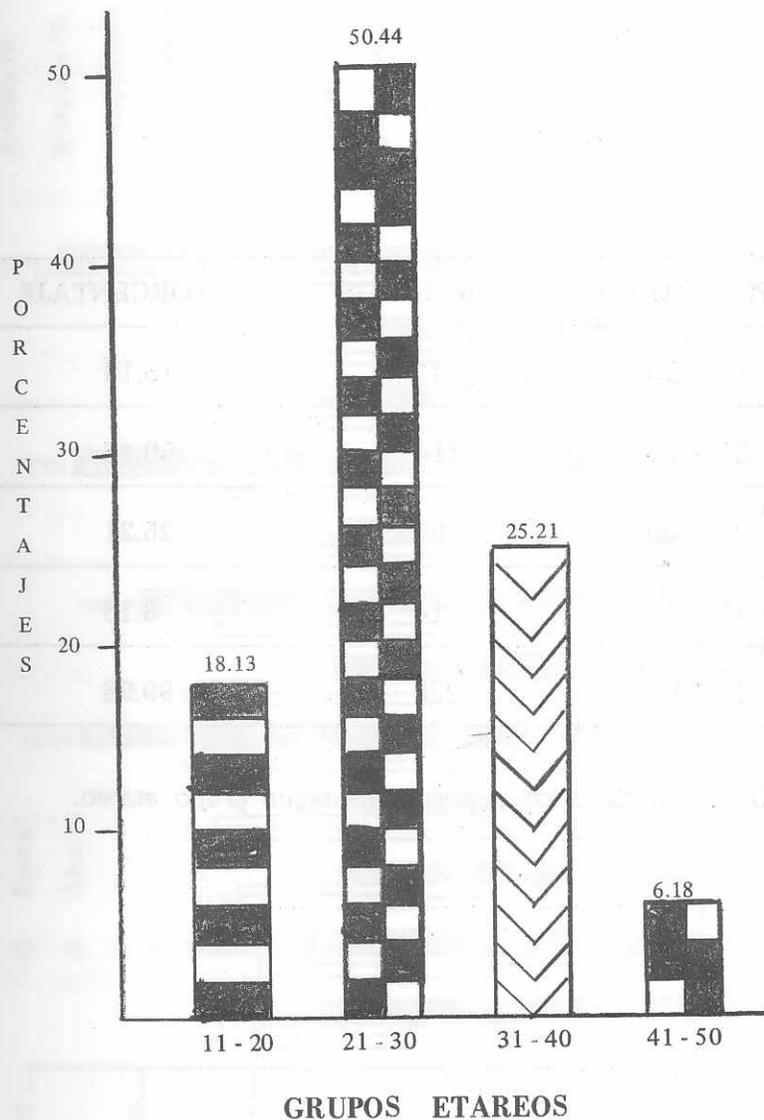
CUADRO 2. El presente cuadro muestra el número total de casos y porcentaje de partos y abortos por mes. (Julio-78 a Junio-79).



GRAFICA 2. Porcentajes de partos y abortos ocurridos desde el mes de Julio-78 a Junio-79.

GRUPO ETAREO	No. CASOS	PORCENTAJE
11 - 20	41	18.13
21 - 30	114	50.44
31 - 40	57	25.21
41 - 50	14	6.18
TOTAL	226	99.96

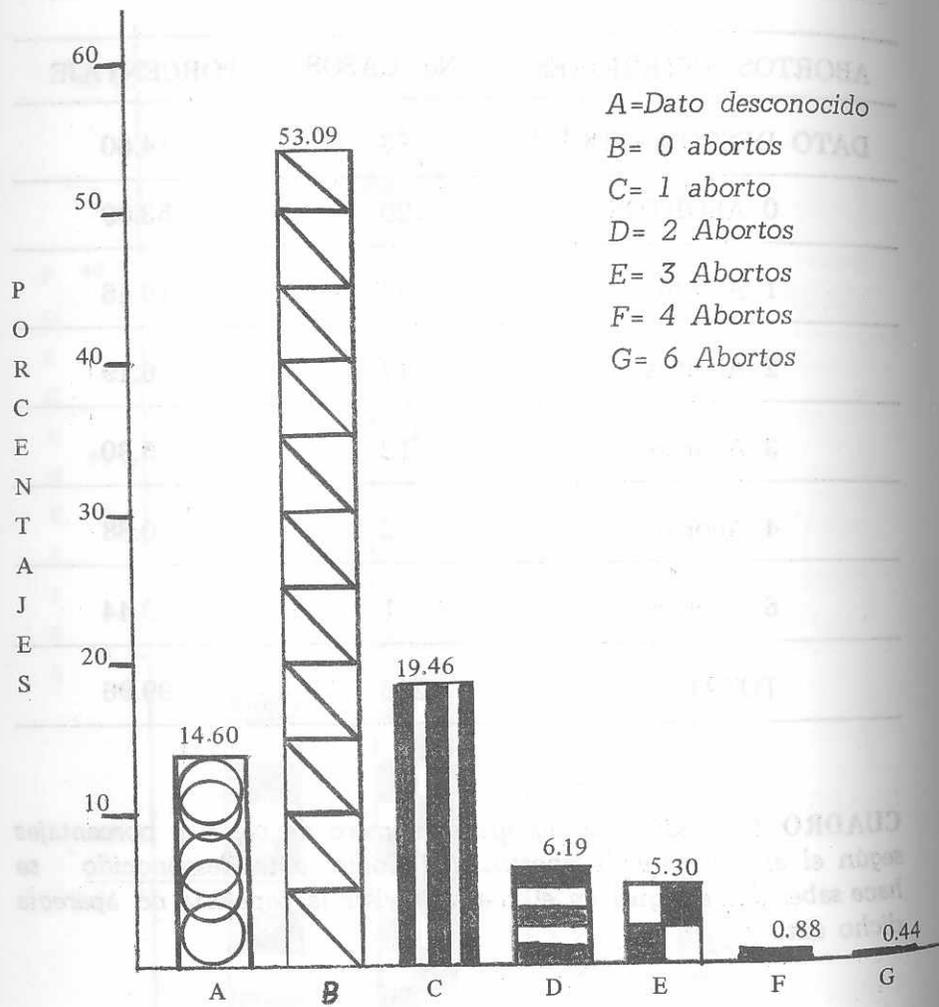
CUADRO 3. No. de casos y porcentaje según grupo etáreo.



GRAFICA 3. Porcentajes según los grupos etáreos.

ABORTOS ANTERIORES	No. CASOS	PORCENTAJE
DATO DESCONOCIDO(*)	33	14.60
0 ABORTOS	120	53.09
1 Aborto	44	19.46
2 Abortos	14	6.19
3 Abortos	12	5.30
4 Abortos	2	0.88
6 Abortos	1	0.44
TOTAL	226	99.96

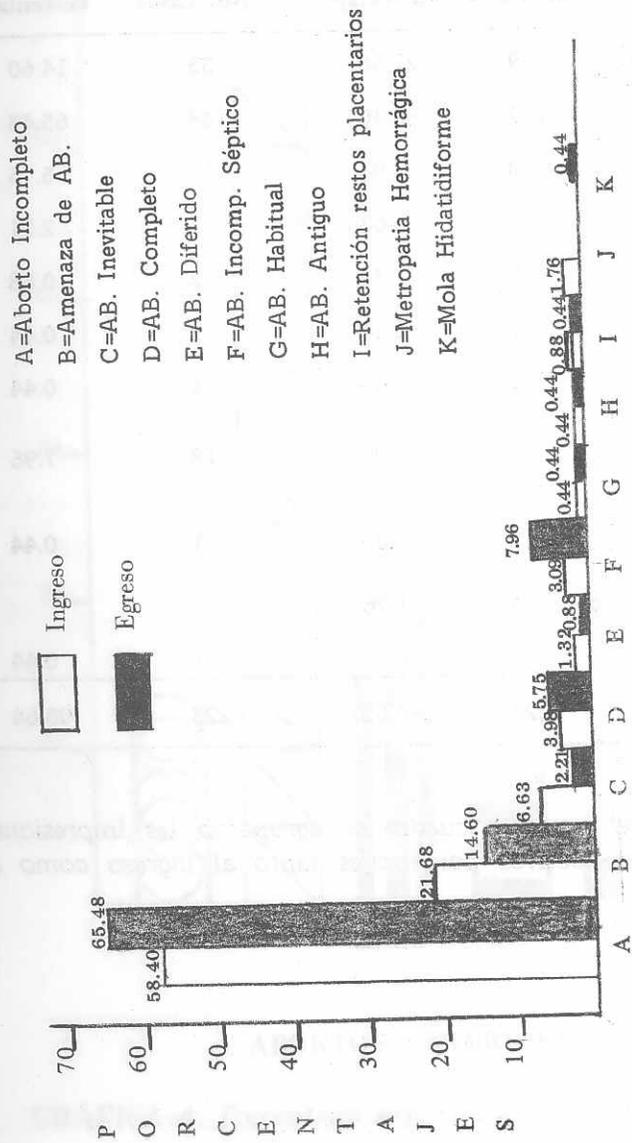
CUADRO 4. Cuadro que agrupa el número de casos y porcentajes según el antecedente de abortos. (*) Como dato desconocido se hace saber que es aquél en el cual al revisar la papelería no aparecía dicho dato.



A=Dato desconocido
 B= 0 abortos
 C= 1 aborto
 D= 2 Abortos
 E= 3 Abortos
 F= 4 Abortos
 G= 6 Abortos

IMPRESION CLINICA	Ingreso		Egreso	
	No. Casos	Porcentaje	No. Casos	Porcentaje
Amenaza de Aborto	49	21.68	33	14.60
Aborto Incompleto	132	58.40	148	65.48
Aborto Completo	9	3.98	13	5.75
Aborto Inevitable	15	6.63	5	2.21
Aborto Diferido	3	1.32	2	0.88
Aborto Habitual	1	0.44	1	0.44
Aborto Antiguo	1	0.44	1	0.44
Aborto Incompleto Séptico	7	3.09	18	7.96
Retención restos Placentarios	2	0.88	1	0.44
Metropatia Hemorrágica	4	1.76		
Mola Hidatidiforme			1	0.44
T O T A L	223	98.62	223	98.64

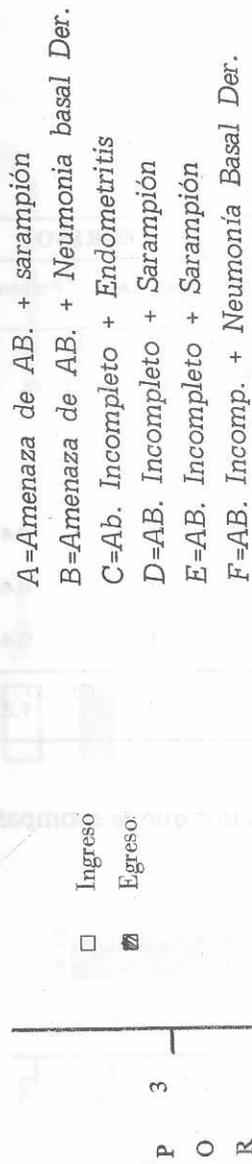
CUADRO 5. En el presente cuadro se agruparon las Impresiones Clínicas con sus respectivos porcentajes tanto al ingreso como al egreso.



GRAFICA 5. En la presente gráfica está representado cada porcentaje de la Impresión Clínica ya sea de ingreso como de egreso.

IMPRESION CLINICA	INGRESO		EGRESO	
	No. Casos	Porcentaje	No. Casos	Porcentaje
Amenaza de aborto +sarampión	2	0.88		
Amenaza de aborto +neumonía Basal	1	0.44		
Aborto incompleto +endometritis	1	0.44		
Aborto incompleto +sarampión			1	0.44
Aborto completo +sarampión			1	0.44
Aborto incompleto +neumonía Basal			1	0.44
T O T A L	4	1.76	3	1.32

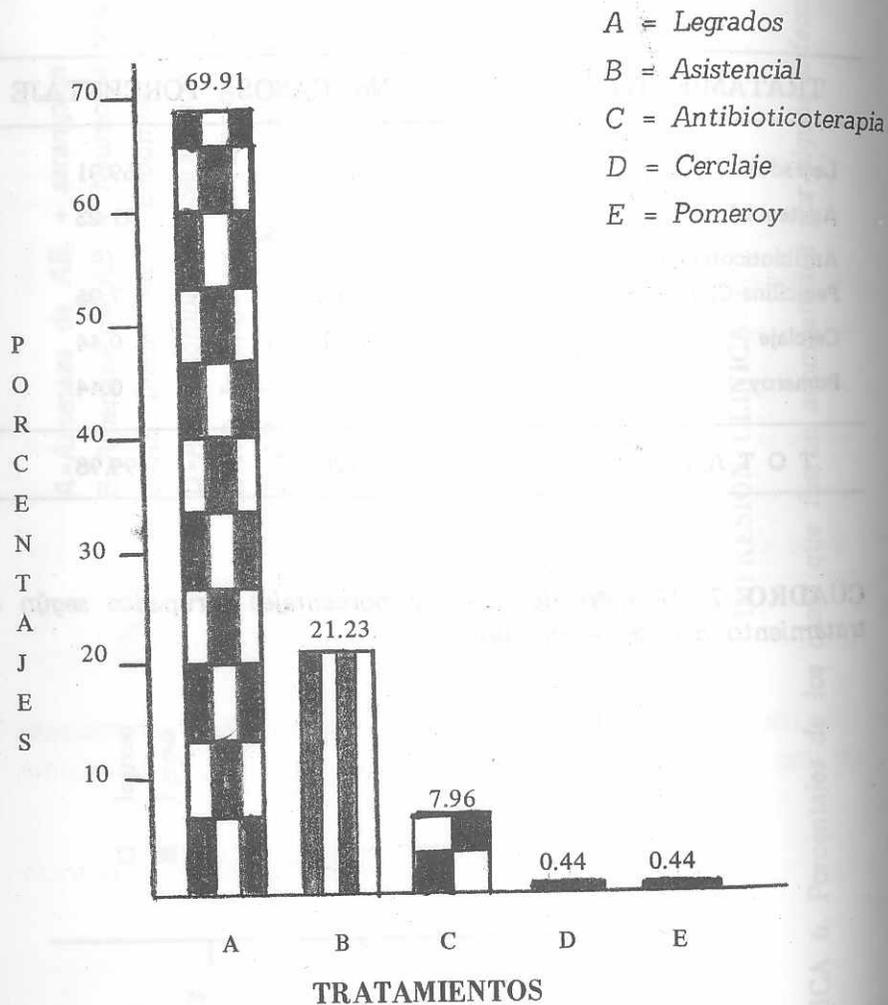
CUADRO 6. Cuadro en el cual se agrupan los casos que se acompañaron de una infección.



GRAFICA 6. Porcentajes de los casos que fueron acompañados por alguna infección.

TRATAMIENTO	No. CASOS	PORCENTAJE
Legrados	158	69.91
Asistencial	48	21.23
Antibioticoterapia Penicilina-Cloramfenicol	18	7.96
Cerclaje	1	0.44
Pomeroy	1	0.44
T O T A L	226	99.98

CUADRO 7. Número de casos y porcentajes agrupados según el tratamiento que se le efectuó.



GRAFICA 7. Gráfica representativa de los porcentajes según el tratamiento recibido.

CONCLUSIONES

- 1.- El porcentaje de abortos obtenidos sobre el total de pacientes ingresados al Hospital Modular de Chiquimula, fue de 12.76o/o, estando éste comprendido entre el 10 al 15o/o de otros reportes.
- 2.- El promedio de días de estancia en el Hospital Modular fue de 4.28 días, siendo éste aún alto.
- 3.- El mayor porcentaje de Abortos se observó en las décadas comprendidas de los 20 a los 40 años, siendo éste de: 75.65o/o.
- 4.- El mayor número de los casos no tenían ningún antecedente de aborto anterior correspondiendo al 52.09o/o.
- 5.- El error diagnóstico observado en la presente revisión fue de 64 casos correspondiendo a 28.31o/o.
- 6.- Los cuadros clínicos asociados con aborto más frecuentemente encontrados fue Sarampión y Neumonía Basal.
- 7.- El tratamiento mayormente efectuado fue el Legrado Uterino Instrumental.

RECOMENDACIONES

Para disminuir el porcentaje de abortos deberíamos elaborar planes educacionales para hacer ver a la población, los peligros o riesgos que conlleva dicha entidad.

Debería de efectuarse el tratamiento en una forma inmediata para evitar complicaciones que nos puedan mantener a la paciente un mayor número de días de estancia.

Hacer una mejor evaluación de todo paciente para obtener un mejor Diagnóstico y por consiguiente un mejor Tratamiento.

Hacer notar a toda paciente en su primer trimestre del embarazo que por ser ésta la primera etapa de formación del feto deben evitarse contagios y/o enfermedades que puedan acarrearle a éste problemas así como también a la madre.

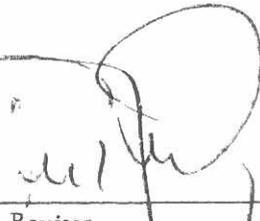
Efectuar el tratamiento ya sea mecánico o asistencial concienzudamente para evitar así complicaciones posteriores a la paciente.

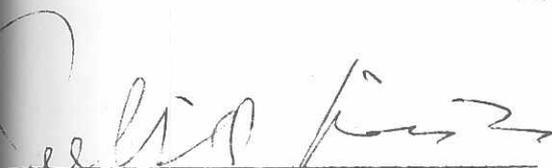
BIBLIOGRAFIA

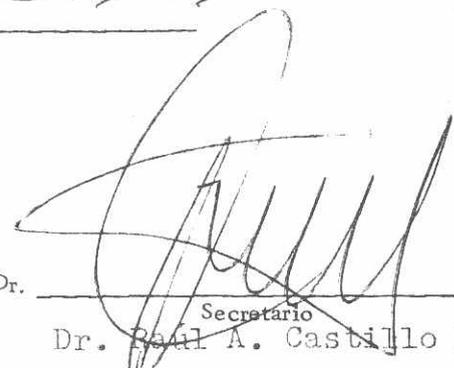
1. Arturo Achard, Manuel Carreras Roca.
"Emergencias en Tocoginecología"
Editorial Rocas, 1972.
Págs. 241-249.
2. Schwarcz-Sala-Duverges.
"Obstetricia"
Tercera Edición (Reimpresión).
Librería "El Ateneo", Editorial.
3. Louis M. Helman. Jack A. Pritchard.
Williams "Obstetricia".
1a. Edición (4a. Reimpresión).
Salvat Editores, S.A.
Págs. 429-459.
4. Novak, Jones, Jones.
Tratado de "Ginecología"
Novena Edición, Interamericana.
Pág. 623-629.
5. Kushner. D.H., and Marlow, J.
Therapeutic abortion by aspiration curattage.
J. Reprod. Med.

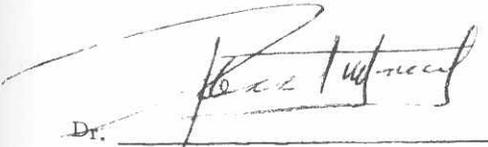
Br. H. Castillo
Gilma Esperanza Castillo Girón.


Asesor.
Oscar René Olivet Torres,

Dr. 
Revisor,
Mario René Gil Chew.


Director de Fase III
Dr. Julio de León.

Dr. 
Secretario
Dr. Paul A. Castillo Rodas.

Vo. Bo.
Dr. 
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo,