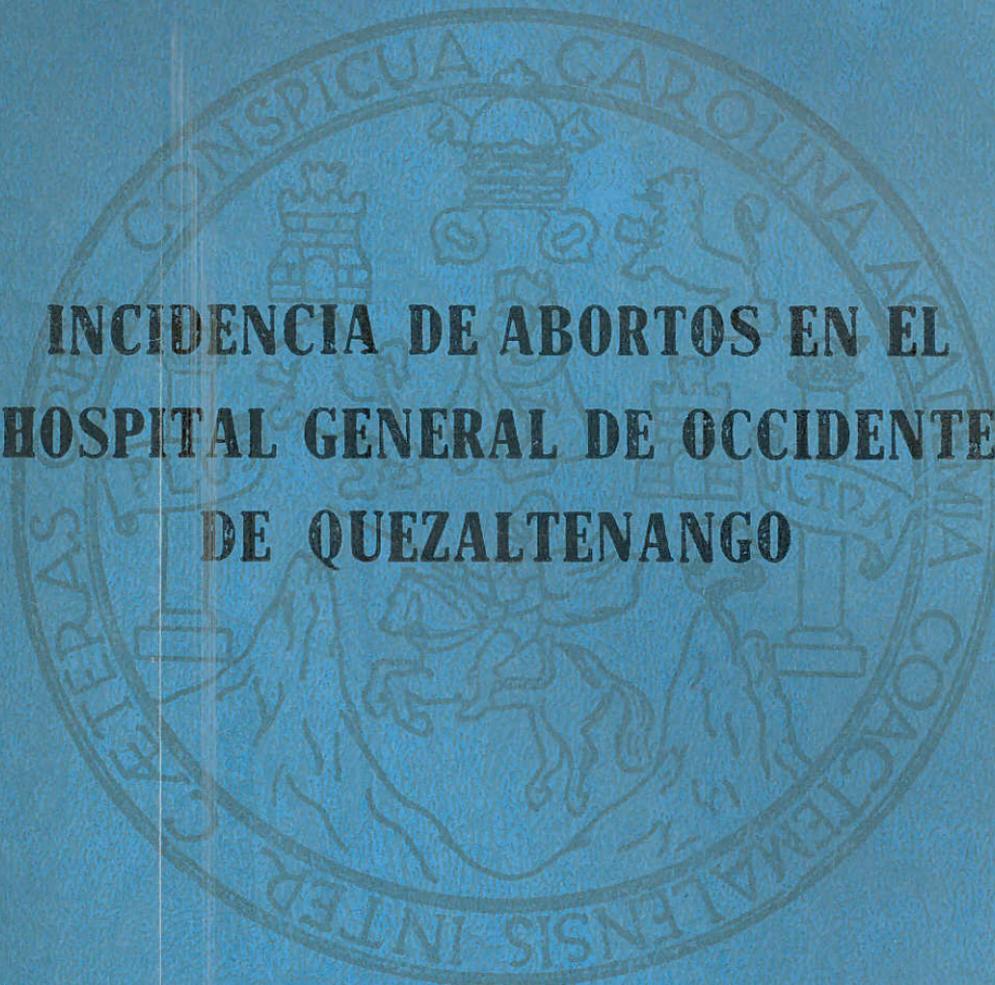


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**INCIDENCIA DE ABORTOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE
DE QUEZALTENANGO**

JOSEFINA ESMERALDA DE LEON ARGUETA

Guatemala, mayo de 1980.

PLAN DE TESIS:

- 1) INTRODUCCION
- 2) ANTECEDENTES
- 3) HISTORIA
- 4) EPIDEMIOLOGIA Y FRECUENCIA
- 5) DEFINICION
- 6) CLASIFICACION
- 7) ETIOLOGIA
- 8) FORMAS CLINICAS DEL ABORTO
- 9) METODOS DE INDUCCION DE ABORTO
- 10) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- 11) CONDUCTA CLINICA Y TERAPEUTICA
- 12) COMPLICACIONES
- 13) PRONOSTICO
- 14) ANATOMIA PATOLOGICA
- 15) OBJETIVOS
- 16) MATERIAL Y METODO
- 17) PRESENTACION DE DATOS
- 18) ANALISIS DE CUADROS ESTADISTICOS
- 19) CONCLUSIONES
- 20) RECOMENDACIONES
- 21) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Es sabido de todos, que el aborto ha venido a la par del desarrollo y evolución de la humanidad, con todas las consecuencias que conlleva, que en algunos casos llegan a ser fatales.

Debido a la alta incidencia que en nuestro medio tiene este problema en la población del sector Materno infantil y de los problemas físicos, económicos, sociales y morales que le produce a dicha población, nació la inquietud de abordar el tema en la presente tesis, contemplando los aspectos más sobresalientes en lo que al cuadro patológico se refiere, edad, origen etc., y lo más práctico en el tratamiento, para que teniendo una idea más real y general de todo el problema lo podamos encausar de mejor manera.

Conteniendo este trabajo un estudio retrospectivo sobre aborto en el servicio de Ginecoobstetricia - del Hospital General de Occidente durante los años de 1978- 1979, donde hubo 776 casos tomados como universo del cual se obtuvo una muestra al azar de 250 casos de ambos años, correspondiendole al estudio un 32 % del total de casos.

Se encontró un total de partos de 3,874 en los 2 años correspondiendole un 20 % de abortos.

Espero contribuir con ésta revisión aunque sea

en mínima parte, para que se efectúen estudios más completos en un futuro no lejano y así mejorar el diagnóstico tratamiento y ante todo prevenir el aborto. Aportando además al departamento de Ginecología del Hospital General de Occidente este pequeño estudio, ya que no hay estudios realizados sobre lo mismo.

ANTECEDENTES:

El aborto se ha estudiado desde diferentes puntos de vista: médico, social, económico, legal, etc. "Cabe mencionar los hallazgos de la Investigación Interamericana de mortalidad efectuada entre 1962 y 1964 por la Organización Panamericana de la Salud y los gobiernos de 9 países de las Américas y que permitió evidenciar que en algunos países el aborto inducido llega a constituir hasta un 33 % del total de defunciones maternas y que en la ciudad de Guatemala, la tasa de defunciones debida al aborto es superior a 7.5 por 10,000 llegando a constituir casi el 50 % del total de la mortalidad materna..., y que llega a constituir hasta un 20 % de los egresos obstétricos totales".

La tasa de natalidad para Guatemala se ha reducido poco en el lapso de 14 años, en 1960 se presentó 49.5 por 1000 habitantes y en 1974 fue de 42.0 %, esta reducción se puede atribuir al uso de anticonceptivos, pero se puede decir, "estas prácticas no alcanzan a tener significación en el nivel de Fecundidad".

Si las medidas para regular la natalidad hasta ahora no han tenido significancia, cabe formularse una segunda pregunta "Cuál será al medio a que primero recurrirán..., muy probablemente, será al aborto inducido. Creemos que se repetirá la experiencia que vivieron otros países latinoamericanos como Chi

le, Uruguay y Argentina, en los cuales la baja de natalidad se ha reducido, debido al aborto, principalmente 77 .

En estudio efectuado en 678 pacientes del Hospital Roosevelt y seguro Social de Guatemala, que ingresaron con diagnóstico de Aborto « la mayoría (66.8 %) corresponde a inevitable e incompleto, el resto correspondió a amenaza de aborto (29.4%) y aborto séptico (3.8 %).

« La mayoría de ellas (95.7 %) son casadas residen en la zona urbana (91.5 %) y se declaran católicas (89.1 %). La mayoría son mestizas (76.5 %) y el 30.3 % con empleo lucrativo. Sólomente el 15.9 % tenía más de 6 años de educación ».

« Es interesante destacar que el 16.5 % de la muestra está en el grupo de 15-19 años de edad ».

« La mayoría de Abortos fueron de menos de 12 semanas de gestación (76.1 %), las complicaciones más frecuentes fueron la pérdida sanguínea y la fiebre la cual necesitó transfusión sanguínea y antibióticos respectivamente. Los días-pacientes fue de 1 , 2 días para el Hospital Roosevelt y 1.1 el seguro social. »

En estudio efectuado en el Hospital General (trabajo de tesis) reporta que el promedio de edad fue de 14 años (19 %), el 78 % de las pacientes la edad era de 15 y 30 años, presentandose el aborto séptico más

en grupos étnicos jóvenes y unidas, ladinas que se dedican a oficios domésticos, situación que las hace más dependientes económicamente del marido .

« En otro estudio efectuado en el hospital Roosevelt en el año de 1970 las características que presentaron las mujeres que abortaron fueron pacientes unidas, que tenían gravidez de 2 a 5, los días pacientes en la mayoría de los casos fue de 1 a 2 ».

En estudio efectuado en el Hospital de Amati - tlán retrospectivo de 1976 y prospectivo de 100 casos reportó en el estudio retrospectivo de 244 casos que el grupo etario más afectado fue de 25-29 años (26.2 %) en el prospectivo fue de 30-34 años (32 %). Siendo el estado civil que más frecuentemente aborta mujeres solteras en el estudio retrospectivo y las unidas en el prospectivo. El 86 % desempeñan oficios-domésticos, no tienen ingreso económico, con grado educacional bajo, el 26 % cursó únicamente tercer año de primaria. El grupo familiar en el 28 % está compuesto de 6 personas. Los esposos de las pacientes en su mayoría son obreros, que han cursado el 6to., año de primaria. 40 % beben licor, el 24 % de ellos lo hacen cada 15 días. 70 % de las pacientes no habían presentado aborto anterior. El uso de anticonceptivos no es frecuente en ambos estudios. Son más frecuentes los abortos menores de 12 semanas. No se pudo determinar con precisión si los abortos - habían sido espontáneos o provocados, pero se presumió que todo aborto séptico había sido provocado. El factor religioso influye poderosamente 90 % (pecado).

En estudio Retrospectivo que se realizó en el Hospital Roosevelt en 1975 (tesis) se obtuvieron los siguientes datos El número de pacientes que son atendidas por aborto en la Maternidad del H.R. comprenden un 13 % del total de las admisiones de dicho departamento. 96 % niegan haber sido manipuladas. 97 % ladinas, 72 % alfabetas 49.2 % había tenido mas de 4 gestaciones, la edad de embarazo en que ocurrió el aborto, fue mayor entre la 9a. y 18 semanas si guiendole 8a. semana. 25 % se les Diagnosticó aborto séptico. El tiempo transcurrido entre el ingreso y la intervención (legrado) fué menos de 12 horas 59 % y menos de 24 horas en un 80 %. Compli cación más frecuente fue el legrado uterino incomple to 62 %, acompañado de infección en 13 %, infección pélvica 19%, septicemia 7 % perforación uterina 5. 7 %, hemorragia 2.8 %, tromboflebitis 1.4 %. El tratamiento predominó para quirúrgico 81 %. El principal de estos tratamientos fue el legrado uterino por legrado incompleto 77 %.

HISTORIA:

El aborto se ha conocido desde tiempos inmemorables, el cual ha existido en todas las culturas, - siendo utilizado en una u otra forma, de acuerdo al país y época en que se efectuó. Los autores refieren que se ha utilizado entre los chinos, medas, persas, hebreos, griegos, romanos, la tolerancia al mismo ha variado con las culturas y los tiempos.

La palabra aborto viene del latín «abortus» del verbo «aboriri» que significa «algo que ha sido desprendido de su sitio». Su aparición cronológica - no puede precisarse, pero ya en el año 2727 A.C. se menciona el «Shuh-Yin» o mercurio como sustancia abortiva. Aristóteles decía «Si en el matrimonio - que tuviere el número prescrito de hijos, la mujer fuese de nuevo preñada antes de mantener esa vida, el niño debiera de serle extraído».

En Roma el aborto no se conceptuó como delito de consiguiente no se le imponía pena alguna al que lo cometía, pues se consideraba al feto como «Portio Viscerum Matris», entonces se le provocaba el aborto o consentía que se lo provocaran, lo hacía disponiendo libremente de parte de su cuerpo, porque se tomó al ser en gestación, como una de las partes del organismo de la mujer».

Se tomó como delito el aborto cuando el cris-

tianismo llega a Roma, con las teorías religiosas. - 200 años después de Cristo se castigó extraordinariamente y se basó la penalidad en la ofensa que le producía al marido. De consiguiente, el aborto sólo le estaba facultado al marido en relación a su mujer.

Los mayas practicaban el aborto provocando - traumatismos en el vientre de la mujer hasta aparecerle hemorragia.

En estas circunstancias el aborto se fue transformando en una práctica común, hasta el apareamiento de la encíclica Papal de 1931, en la cual la iglesia expone un criterio más rígido. Entre las teorías que hacen punible el aborto está la escrita por el Papa Pío XII «Todo ser humano, e incluso un niño en el seno de la madre tiene un derecho inmediato a la vida. Ese derecho procede de Dios, no de sus padres ni de ninguna sociedad humana».

«No hay hombre ni autoridades humanas, ni medicina, ni eugenesia, ni razones sociales, económicas, morales que puedan dar una decisión válida, jurídica para disponer deliberada y directamente de una vida humana inocente».

«... durante la edad media no tuvo matices de importancia toda vez que la religión católica fue determinante en cuanto a su conceptualización y penalidad».

En Rusia en el año de 1920 se llevó a cabo la legalización del aborto aduciendo los siguientes argumentos:

mentos:

- a) El considerable aumento en la proporción de abortos clandestinos.
- b) Las leyes para evitarlo lejos de tener un resultado práctico y favorable, habían servido para que fuera practicado por personas no calificadas fuera de la ley.

Después de emitida esta ley, estadísticas efectuadas por Genns nos informan de las razones aducidas por 5365 abortantes para solicitar la operación.

- | | |
|--|------|
| a) Económicas | 31 % |
| b) Familia numerosa | 29 % |
| c) Ocultar relaciones sexuales, (viudez, soltería), mala salud | 11 % |
| d) Otras razones | 8 % |

En Japón la ley de protección eugenésica de 1948 amplió grandemente las indicaciones para el aborto legal. Hasta 1955 por lo menos el 70 % del descenso de la tasa de nacimientos fue debido al aborto y 30 % a la anticoncepción y la esterilización. Actualmente el aborto responde de 40 % - 50 % del total de control de la fecundidad.

En los EEUU hasta 1967 se permitía el aborto en cada uno de los 50 estados para «preservar la vida de la madre».

Cinco estados liberizaron la ley del aborto no solo para preservar la vida sino también la salud. También se puede efectuar el aborto si hay una gran probabilidad de anormalidad grave en el feto y cuando el embarazo es a consecuencia de un crimen sexual. Para 1971 un total de 12 estados se habían modificado sus estatutos sobre el aborto, y había cuatro más, Hawai, Alaska, New York y Washington habían retirado el aborto de su código criminal.

La mayoría de los 35 países de la Commonwealth Británica y de los territorios dependientes, asociados a ella, heredaron sus leyes de aborto de la ley británica de Ofensas contra la persona de 1861 (British 1861- offences Against the person Act). Basada en ésta ley los países de la Commonwealth tienen tres clases diferentes de leyes de aborto:

1. Ley muy restrictiva: que permita el aborto no sólo para preservar la vida de la mujer.
2. Una ley más amplia que permite el aborto por razones de salud física y mental. (Canadá , Hong Kong y Sur de Australia).
3. Una ley que permite el aborto por razones más amplias (Gran Bretaña, Singapur, India, Zambia y Chipre).

«La falla de la Anticoncepción», explicación de uno de los motivos para el aborto, es la innovación de la ley india que se encuentra en ninguna otra ley

de aborto de la Commonwealth.

En los países de América Latina, Chile ha controlado su fecundidad actualmente por medio de los abortos inducidos. Si éstos abortos no se hubieran inducido, la tasa de natalidad que actualmente es de 35 por 100 llegaría a 45 por 100 habitantes.

En Guatemala, como es sabido lo prohíbe el código penal y también es contemplado por el código de Deontología Médica.

El aborto inducido es legal en México en dos circunstancias: «Cuando el embarazo sea resultado de una violación» (indicación ética), y cuando «La mujer embarazada corra peligro de muerte» (indicación médica). Otras circunstancias, cuya frecuencia es considerable, conducen por lo tanto a la ilegalidad. En 1964 el aborto inducido legal constituía el método de control de la natalidad en alrededor del 20 % de las mujeres no solteras de la ciudad de México.

Si consideramos la legislación del aborto como una situación dependiente de numerosas circunstancias que plantea problemas de múltiples y complejas soluciones cabe mencionar entonces, las indicaciones diferentes que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, legitiman el aborto inducido en diversos países:

- a) Indicaciones médicas: Para salvar la vida de

la madre; para preservar la salud de la madre; otras.

- b) Indicaciones Eugenésicas: Para prevenir la transmisión de enfermedades hereditarias y evitar el nacimiento de niños con riesgo de sufrir trastornos físicos o mentales como resultado de daño intrauterino.
- c) Indicaciones Éticas: Cuando el embarazo resulta de un acto criminal como la violación, el incesto, coito con un menor o con una persona que sufra de enfermedad o deficiencias mentales.
- d) Indicaciones médico sociales: Varios partos previos en sucesión cercana; lapso corto desde el último parto; dificultades domésticas resultantes de la presencia de niños en el hogar; situación financiera difícil, enfermedades de otras personas que cohabiten en el mismo hogar.
- e) Indicaciones sociales: Número de hijos; muerte o invalidez del esposo; ilegitimidad.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud define el aborto a la libre demanda como un estatuto que permite a la mujer el hacerse interrumpir su embarazo sin tener que mostrar evidencia de indicación alguna.

En lo que se refiere a las indicaciones Eugenésicas

es pertinente señalar que hacen permisible el aborto inducido a las mujeres de aproximadamente el 70 % de la población mundial. Tal permisibilidad es meramente una opción y de ningún modo una medida obligatoria.

LEGISLACION SOBRE EL ABORTO EN EL MUNDO

Países donde es legal por razones Eugenésicas

| | |
|-------------------|---------------------|
| Africa | Europa |
| --- | Bulgaria |
| América | Checoslovaquia |
| Cuba | Dinamarca |
| El Salvador | Finlandia |
| E. U. A. | Gran Bretaña |
| Asia Ocianía | Hungría # |
| Australia | Islandia |
| India | Noruega |
| Japón | Rep. Dem. Alemana # |
| Mongolia | Rumania |
| Rep. Pop. China # | Suecia |
| Singapur | U. R. S. S. # |
| Turquía | Yugoslavia |

aborto a la libre demanda.

EPIDEMIOLOGIA Y FRECUENCIA

El aborto es un problema de distribución mundial, y su frecuencia es difícil de establecer en números o porcentajes netos, debido a que por diferencias socioculturales, hay una gran mayoría de los mismos que no son reportados, como lo son los espontáneos que no presentan cuadro tan agudo como para consultar a un centro hospitalario o simplemente pasa inadvertido; o por otro lado los casos de aborto provocado ilegalmente.

La frecuencia del aborto, está medida, en la mayoría de los casos, por las complicaciones, que conlleva, por la mortalidad materna, etc. Sabemos que influyen en la misma, dificultades económicas, falta de armonía conyugal, ilegitimidad, número de familiares, ocupación, responsabilidad, raza, religión etc...

Las frecuencias también varía en cada país, en relación a los abortos, y se calculaba las diferencias políticas y legislativas que lo rigen.

En 1974, en EEUU 1/3 de las muertes maternas, eran secundarias al aborto, y se calculaba que 3000 mujeres morían al año a consecuencia del mismo; del 16 al 20 % de todos los embarazos, terminaban en aborto. En la actualidad, éste porcentaje, disminuyó al 10 %.

DEFINICION.

En términos generales, podemos decir, aborto es toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, antes de serle posible sobrevivir fuera del claustro materno, o sea antes de la 28 semana del embarazo.

Por otro lado, nuestro código penal, define el aborto como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

CLASIFICACION

- a) Aborto Espontáneo
- b) Aborto Provocado
 - b.1 Terapéutico
 - b.2 Criminal
 - b.3 Legal.

ABORTO ESPONTANEO:

Son los que se producen sin intervención de circunstancias que artificialmente interfieren en la evolución de la gestación. Se dice que el 10 % de los embarazos terminan en aborto espontáneo.

ABORTO PROVOCADO:

Aquellos en los que se induce premeditadamente al cese del embarazo (aborto intencional), pudiendo subdividirse a su vez en aborto terapéutico y aborto ilegal criminal. Nuestro código penal define el aborto terapéutico, «Como aquel practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, y si se realiza sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción, y con el sólo fin de evitar un peligro, debidamente establecido, para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.

ABORTO CRIMINAL:

En el cual se interrumpe la evolución del producto de la concepción a través de medios y procedimientos con fines feticidas. En la aplicación de estos medios vulgares, medicamentos o procedimientos quirúrgicos se comprende que en la mayoría de los casos va en relación al grado de cultura y posición económica de la mujer.

ABORTO LEGAL:

Es el aborto amparado por la ley quien teniendo en cuenta razones económicas, eugenésicas, sociales o de natalidad lo autoriza.

ABORTO SOCIAL Y ECONOMICO:

Se refiere a la innegable diferencia en cuanto a posición económica existente en la mayoría de países ha surgido uno de los medios para aliviarla y fundamentalmente evitar nuevos seres que vengán expuestos a la ignorancia, vagancia, delincuencia, penurias y tanta desigualdad que conlleva una situación económica precaria.

ABORTO EUGENESICO:

Se llama eugenésico al aborto que ha sido indicado médicamente por existir razones que justifican la expectación de un defecto somático incurable, debido a la herencia mórbida transmisible de uno o am-

bos padres a causa de daño ocasionado durante el embarazo.

Es positiva o negativa según se adopte aquellas medidas sociales que tiendan, respectivamente, a aumentar el número de individuos del mejor tipo o disminuir el de los individuos de peor tipo. La aplicación impositiva de ambos tipos de eugenesia ha dado resultados desastrosos para la humanidad. Baste recordar la higiene racial de la Alemania hitleriana que condujo al peor genocidio de nuestro siglo. De ahí que la eugenesia sea erróneamente asociada a medidas impositivas de las estructuras estatales de poder. Si se considera el término eugenismo (conjunto de las condiciones más favorables para una existencia sana y feliz), o bien el de eugenesia negativa con un sentido estricto del respeto absoluto a la libre decisión y responsabilidad individual, se puede entonces entender que el aborto inducido opcional por indicación eugenésica es una medida de salud pública para prevenir taras físicas o mentales en la población, las cuales representan cargas sociales y económicas graves tanto a nivel particular de una familia como general de una colectividad. De aquí se desprende también, que la prevención ideal debe ser preconcepcional para no tener que recurrir al aborto, implicando una detección oportuna de los individuos con alto riesgo de procrear niños con problemas hereditarios, así como una educación e información adecuadas a la población en general.

ABORTO SENTIMENTAL:

A esta clase de aborto se le conoce también por razones éticas o sentimentales y es el que pone fin al estado del embarazo, concebido en acto delictivo.

ETIOLOGIA:

Causas que producen el aborto espontáneo, actuando directamente sobre el producto de la concepción:

a) Causas Genéticas:

Se toma en cuenta el factor paterno, oligospermia, astenospermia y el materno.

b) Causas de Aborto por la Caduca:

- 1o. Infección del endometrio. Especialmente Gonococo.
- 2o. Insuficiencia del cuerpo lúteo.
- 3o. Déficit estrogénico.
- 4o. Hiposuprarrenalismo.
- 5o. Hipopituitarismo.
- 6o. A trofia del endometrio por tumores, tuberculosis pélvica y legrados agresivos.

c) Alteraciones Uterinas:

- 1o. Utero poco desarrollado.

- 2o. Anomalías uterinas
- 3o. Retroversión uterina
- 4o. Neoplasias
- 5o. Infecciones para-uterinas
- 6o. Cortedad del Cérvix
- 7o. Aumento de la contractilidad uterina normal.

d) Anormalidad de la placenta, en el segundo trimestre

e) Traumatismos:

- 1o. Coito violento y repetido
- 2o. Quirúrgicos: Laparatomías
- 3o. Accidental: por caídas y viajes, lo cual es discutido.

f) Insuficiencia de Gonadotrofinas.

CAUSAS DE ABORTO ESPONTANEO INDIRECTAS:

a) Intoxicaciones: Endógenas y Exógenas

Causas Endógenas:

1. Diabetes
2. Gestosis
3. Alteraciones Renales

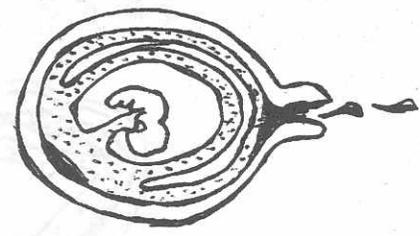
Causas Exógenas:

1. Por metales

- 2. Alcoholismo
- 3. Tabaquismo
- b) Infecciones
- c) Hipovitaminosis
- d) Crisis dolorosas reflejas
- e) Alergia
- f) Cardiopatías
- g) Nefropatías. Hipertensión
- h) Incompatibilidad sanguínea. Rh.

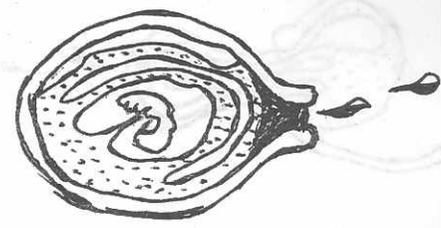
FORMAS CLINICAS DE ABORTO

A MENAZA DE ABORTO



dolor
Hemorragia

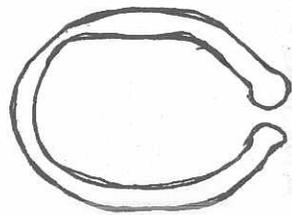
ABORTO INMINENTE



dolor
Hemorragia
Desprendimiento del
huevo.
Acortamiento del Cue-
llo.

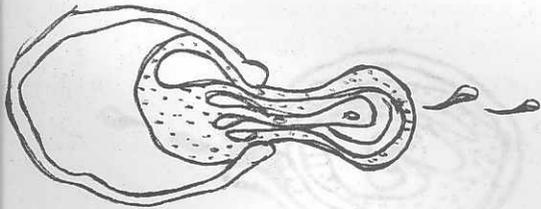
ABORTO INEVITABLE

ABORTO
COMPLETO
expulsión total
del contenido.



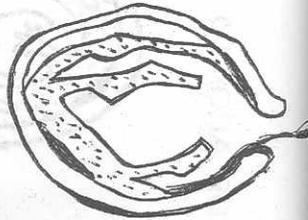
ABORTO EN EVOLUCION

dolor
Hemorragia
cuello dilatado
expulsión ovular



ABORTO INCOMPLETO

Por expulsión parcial
del contenido



FORMAS CLINICAS DEL ABORTO:

AMENAZA DE ABORTO:

Es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza, porque en una mujer en edad fértil con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa desacomodada, o sin ella si el embarazo es de pocos días, y un útero con los ya conocidos caracteres gestacionales y de tamaño acorde con lo correspondiente al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma, ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña de hemorragia genital leve.

ABORTO INMINENTE:

Esto no es más que una exageración de los síntomas y signos descritos anteriormente (Dolores más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos).

ABORTO INEVITABLE:

Al cuadro anterior se le agrega un elemento de juicio fundamental para el diagnóstico y el pronóstico del embarazo: comienza a producirse la dilatación del cuello uterino, fundamentalmente del orificio interno del mismo con exageración de la sintomatología dolorosa y de la hemorragia. El cuerpo uterino puede palparse intermitentemente contraído; a través del cuello dilatado se puede alcanzar el huevo.

ABORTO EN CURSO:

Al cuadro anterior se le agrega pérdida del líquido amniótico, no siempre fácilmente visible, en forma de hidrorrea clara mezclada o alternando con la emisión sanguínea genital, y aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado, que muchas veces no lo es en forma directa hacia el exterior, sino que suele quedar retenido en la vagina o parte de él en la misma, y el resto en el cuello dilatado o en la inferior de la cavidad uterina. De lo dicho se deducen las dos formas que adopta en general el aborto a esta altura de su evolución, y que constituyen otras formas clínicas.

ABORTO INCOMPLETO:

Los restos ovulares no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina, permaneciendo ésta aún parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, como cuando se evacúa por completo su contenido; el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente.

ABORTO COMPLETO:

En este caso el huevo ha sido expulsado espontánea y completamente del útero. Después de un acmé doloroso y hemorrágico, todo entra en regresión; desaparecen los cólicos uterinos, cesa casi completamente la hemorragia, y se recuperan el tamaño y consistencia uterina previos al embarazo, cerrándose de

nuevo el orificio interno del cuello uterino, el que vuelve a presentar su forma normal.

ABORTO DIFERIDO:

Recibe este nombre al cuadro en el que, muerto el huevo intrauterino (antes de la 28 semana de embarazo), por diversas razones no es expulsado al exterior, permaneciendo el útero por más de 6 semanas.

ABORTO INFECTADO O SEPTICO:

Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado con la rapidez indicada, y permanece durante muchas horas abierto el orificio interno del cuello uterino, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital, hacia la cavidad uterina; hasta donde también pueden arrastrarse bacterias patógenas, por la realización de maniobras llevadas a cabo en forma no aséptica. Pueden producirse en ésta forma infecciones como: Endocervicitis, endometritis, miometritis, parametritis, salpingitis aguda, perviperitonitis, abscesos péricos, y en ocasiones shock séptico o incluso puede llevar a la muerte.

En el hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del I. M. S. S. de México se analizaron en forma retrospectiva, mediante un protocolo previamente establecido, los expedientes de los abortos ocurridos durante un período comprendido entre julio 1964 a junio de 1972,

de ésta se seleccionaron exclusivamente los que presentaron datos clínicos de aborto séptico estadio II III. A cada paciente se le investigaron los siguientes parámetros: edad, gestación, paridad y abortos previos, antecedente de maniobras abortivas, edad gestacional etc. Se analizaron 268 casos que representan el 0.88 % del total de pacientes con diagnóstico de aborto.

Esta entidad nosológica predominó en la época de mayor actividad genital, así como en múltiparas y en pacientes cuyo aborto fué el primero... De la edad gestacional predominaron los casos del primer trimestre, siendo por éste hecho, difícil creer en la presencia de aborto espontáneo. El tiempo utilizado para el paso del tratamiento médico al quirúrgico para la definitiva del problema fue de 4 a 12 horas.

Se recomienda que ante el diagnóstico de aborto séptico lo conveniente es recordar en la existencia de conductas mínimas como lo son: estudio bacteriológico, antibioticoterapia, expansión del compartimiento intravascular, grado de la involucración de la infección sobre el útero. Por otro lado se insiste que ante la aparición de shock hay que agregar la medición de PVC, cuantificación del gasto urinario, utilización de corticoides, evaluación del estado metabólico, eliminación del foco infeccioso y utilización de medidas específicas cuando sean requeridas.

Dentro del estado grávido puerperal los procesos sépticos continúan ocupando un lugar preponderante como causa primaria de mortalidad materna, te-

niendo en el aborto séptico su máximo exponente.

Como en todo proceso séptico las manifestaciones de la infección son la resultante, por un lado, de una serie de factores que acompañan a la presencia de los gérmenes y a las modalidades de virulencia que en cada caso tengan, y por el otro, la participación de la susceptibilidad individual, magnitud de la inoculación, existencia de tejido necrosado o traumatizado y la integridad de las resistencias biológicas naturales, circunstancias que explican la frecuencia y la evolución de la infección pos-aborto y lo significativo de las maniobras criminales en el proceso.

La infección puede quedar localizada a los fragmentos ovulares de material inerte y a la pared endometrial o bien propagarse por contiguidad, (salpingitis, salpingoovaritis, perviperitonitis), por vía linfática (miometritis, parametritis, celulitis pélvica, pelviperitonitis) o por vía sanguínea (septicemia o tromboflebitis) dando lugar a una extensa variedad de cuadros y complicaciones.

Parece ser que la edad no es un factor que signifique como determinante del aborto séptico, excepto cuando se toma en relación a la época más fecunda de la mujer en éste aspecto la edad de éste estudio está de acuerdo con la totalidad de los realizados en otro sitio. El predominio de la multigestación y la multiparidad son factores que pueden hacer sospechar en la paciente la posible presencia de aborto provocado, y que por otro lado son datos definitivos para a-

firmar conductas absolutas:

El que prevalezca la infección en el primer aborto tiene su explicación en el hecho de la falta de educación en la paciente en cuanto a la tardanza sobre la interpretación de salida de secreción endouterina, situación que está en relación directa con la gravedad del proceso séptico.

Sólo 16 de las pacientes aceptaron la realización de maniobras abortivas, evidencia que no está de acuerdo con la literatura, y encuentra su razón por el temor que existe en la derechohabiente de perder la atención médica institucional en caso de aceptar dichas maniobras.

En este hospital la frecuencia de aborto en general es del 22 %; o sea que por cada 4 nacimientos hay un aborto. En relación al aborto séptico ésta fue de 0.88 %. Sin embargo pensamos que dichas cifras no son reales como ha sido demostrado en numerosos estudios. Aguirre Zozaya, Mateos Dournier y Castelazo Ayala, señalan que el aborto provocado en la ciudad de México es efectuado en el 19.6 % por partera empírica, 8.4 % por enfermera titulada, 34 % por médicos y el 18 % por automaniobras. Siendo la aplicación de sonda intrauterina y legrado uterino las causas más frecuentes para la provocación del aborto.

En Latinoamérica el aborto provocado tiene una relación de uno por cada cuatro o seis partos, lo que

coinciden con éste estudio.

Actualmente es unánime el concepto de que el pronóstico del aborto séptico está fuertemente ligado a la precocidad en el reconocimiento de la condición patológica y de la rapidez e intensidad con que se apliquen las medidas terapéuticas.

Situación que está en relación con las constantes vitales del pre y pos-operatorio. En el presente estudio se aprecia que cuando existió un incremento del pulso, temperatura, respiraciones y un detrimento de la P/A a cifras subnormales, siempre estuvo relacionada con cuadros tox infecciosos severos.

Por tanto con propósitos prácticos de orden clínico y terapéutico encontramos de gran utilidad la clasificación topográfica de propagación de la infección en tres grupos:

- GRUPO I: Infección confinada al útero y su contenido.
- GRUPO II: Infección que ha rebasado el útero, pero todavía es genital sin peritonitis.
- GRUPO III: Infección que se halla extendida más allá de la pélvis.

En los grupos II III las manifestaciones predominantes son: fiebre, diaforesis, calosfrío, sangrado frecuentemente fétido, dolor espontáneo y provocado, taquiasfigmia, vómitos, alteraciones del útero y

anexos, paresía intestinal y hallazgos de laboratorio como anemia, leucocitosis y acidosis. Situaciones observadas en la mayoría de los casos. En relación a las pacientes del grupo III, el cuadro clínico es el de las complicaciones sistémicas. En ellos siempre se investiga el fibrinógeno sanguíneo, datos de hemólisis, uro- y hemocultivo, pruebas de funcionamiento hepático, placa simple de abdomen, telerradiografía de tórax, electrocardiograma, dosificación de electrolitos y Ph sanguíneo.

La divergencia de criterio en cuanto al manejo médico del aborto séptico se refleja en el presente estudio por la utilización de diversos agentes farmacológicos, coincidiendo la mayoría, en el uso primordially de antibióticos, así como otros medicamentos complementarios o específicos. Ahora bien, el tratamiento médico la antibioticoterapia favorece la localización del proceso infeccioso.

La edad del embarazo coincide con estudios diversos que se observa entre la octava y duodécima semana de gestación, edad en que una infección espontánea es difícil de aceptar según ha quedado demostrado, en el porcentaje en cuanto a la aceptación de maniobras abortivas que es lograda por trabajadoras sociales.

Para algunos autores, la presencia de cuadro infeccioso severo (grupo III) y/o shock bacteriémico no debe sobrepasar de 4 a 8 horas, ya que ante la falla de dicho manejo, es causa absoluta para la erradicación

del foco séptico mediante histerectomía. Sobre todo porque coincidimos con Ramírez Soto de que la conducta expectante debe olvidarse en el aborto séptico, máxime si éste es criminal o está aunado a condiciones cervicales poco propias para la evacuación total y segura del contenido uterino. Quedando como factores relativos, la edad, gestación, paridad.

El resultado del análisis prospectivo demuestra que el ser conservador en el momento de actuar en pacientes portadoras de aborto séptico, aumenta la mortalidad y favorece la morbilidad dejando la mayor de las veces un órgano inútil para procreación, o accesible a otro tipo de patología como lo es la ecciesis.

Respecto al número de altas es importante comentar que del total de defunciones (7 %), diez de éstas tuvieron una hospitalización de menos de 24 horas, situación que por sí sola habla de la severidad del proceso.

ABORTO HABITUAL:

Es aquel que ocurre después de tres o más abortos consecutivos. Estadísticamente, la posibilidad de llevar a término un embarazo, después del aborto es del 78 % después de 2 abortos del 67 %; después de 3 abortos del 25 %. Constituyendo una patología ginecológica bien definida en el contexto de infertilidad, su dimensión etiológica cubre un espectro clínico complejo y versificado que ha motivado avances importantes en su manejo, diagnóstico y terapéutico.

Etiología:

Factores Genéticos: Estudios de ambos cónyuges.

Factores Carenciales: DPC; o deficiencia de algún compuesto determinado.

Enfermedades crónicas: Infecciones (TB, sífilis, brucelosis) parasitarias - (toxoplasmosis, Chagas); intoxicaciones Plomo, arsénico, mercurio).

Modificaciones endocrinas: Como padecimientos del tiroides, páncreas, suprarrenales e hipófisis. Para éstos casos es importante un estudio general de la paciente, - descartar un problema de insuficiencia ovárica por medio de

- a) Curva de temperatura basal.
- b) Excreción pregnandiol urinario.

- c) Biópsia de endometrio - (realizarse 4 días antes de menstruar.
- d) Citología exfoliativa.
- e) Estudio de moco cervical

5. Anomalías Anatómicas: Útero bicorne, fibromas submucosos, esclerosis del endometrio.

En el período comprendido de Enero 1973 a Diciembre de 1976 se analizaron en forma retrospectiva de 57 casos de aborto habitual en la clínica de Esterilidad e infertilidad del Hospital de Gineco-obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto de la ciudad de Monterrey. Utilizando la siguiente metodología diagnóstica para llegar así a un estudio integral y apoyar y establecer los factores etiológicos responsables en las pacientes estudiadas.

METODOLOGIA DIAGNOSTICA

| | |
|----------------------------|----------------------------------|
| | Exámenes básicos |
| | Curva de tolerancia a la glucosa |
| Laboratorio clínico: | Urocultivo |
| | Reacciones febriles |
| | V.D.R.L. |
| | Sabin Feldman. |
| | Espermograma, espermocultivo |
| Laboratorio de Hormonas: | T ₃ T ₄ |
| | Pregnadiol |
| | Citología Funcional |
| Laboratorio Citopatología: | Citomegalovirus |
| | Biopsia de endometrio |
| | Cariotipo |
| Estudio de Gabinete: | H.S.G |
| | P.N.G |
| | Laparoscopia |
| Estudios Especiales: | C.T.B. |
| | Prueba de dilatadores |

FACTORES ETIOLOGICOS

| <u>Diagnóstico</u> | <u>No. de casos</u> |
|------------------------------|---------------------|
| Incompetencia istmo-cervical | 19 |
| Anomalías congénitas | 7 |
| Arcuato | |
| Didelfo | |
| Bicorne | |
| Doble | |
| Insuficiencia lútea | 5 |
| Toxoplasmosis | 4 |
| Infección Urinaria | 4 |
| Hipotiroidismo | 4 |
| Sinequias uterinas | 3 |
| Miomatosis uterina | 3 |
| Diabetes Mellitus | 2 |
| Brucellosis | 2 |
| Desconocido | 4 |

MANEJO Y RESULTADOS

| Manejo | No. casos | exitos |
|----------------------|-----------|--------|
| Circlaje MacDonald | 12 | 12 |
| Antibióticos | 12 | 6 |
| Tiroides | 4 | 3 |
| Progesterona | 6 | 3 |
| Hipoglucemiantes | 3 | 1 |
| Miomectomía | 2 | 1 |
| Op. Strasman | 2 | 1 |
| Legrados (sinequias) | 3 | 2 |
| Sin manejo | 13 | 4 |

Se considera de suma importancia llevar a cabo ante una paciente portadora de ésta entidad un estudio integral, y no detenerse al encontrar el primer factor causal pues con frecuencia se encuentran como en el presente estudio dos o más factores presentes y de ser ignorados harían fracasar el tratamiento.

El factor con mayor incidencia en nuestra casuística fué la incompetencia istmocervical, que en todos estos casos fue de origen traumático, es importante para su diagnóstico además de los antecedentes la prueba de los dilatadores de Hegar. Se usó la técnica de MacDonald para corregir la patología por considerarla fácil de practicar y fácil de retirar a la semana 38, se lleva a cabo a la semana 16 con el objeto de excluir abortos del primer trimestre, que son generalmente de origen genético, el hecho de que dos

de las pacientes llevarán su embarazo a término sin haberseles practicado circlaje hace pensar por algunos investigadores un posible factor psicológico.

De acuerdo con otros investigadores consideran que un buen método para el tratamiento de las sinequias el dejar en la cavidad uterina, después de liberar éstas mediante legrado, una sonda de foley con su balón inflado con 2 o 3 cm. de agua por un lapso de 2 o 3 semanas para evitar de nuevo el adosamiento de las paredes, esto acompañado de altas dosis de estrógenos para regenerar la basal y antibióticos de amplio espectro para evitar una infección.

ABORTO POR INCOMPETENCIA ISTMO CERVICAL

Se le conoce también por Aborto por insuficiencia cervical, insuficiencia istmico-cervical. Es una de las causas más frecuentes de aborto habitual, y consiste en la expulsión prematura del huevo, debido a que el cuello es incapaz de cumplir su función de retención. Su frecuencia oscila, entre 0.5 al 5% de todos los embarazos.

Se trata de un proceso esencialmente del segundo trimestre del embarazo y comienzo del tercero.

En su etiología influyen:

| | |
|-----------------------|---|
| Factores congénitos: | Málformación Uterina Acortamiento congénito del cérvix Escasa cantidad de tejido - colágeno del cuello. |
| Factores Traumáticos: | Dilataciones intempestivas previas Amputación del cuello. |
| Factores Funcionales: | T rastornos de contractibi- lidad uterina secundaria a alteraciones hormonales. |

El cuadro clínico, comprende interrupción del embarazo, generalmente en el segundo o principios - del tercer trimestre, que se caracterizan por su ra pidez, ausencia relativa de dolor y la expulsión del - huevo en block. La paciente puede referir previas molestias vagas en himiabdómen inferior y al exámen genital se aprecia el borramiento del cuello y la pro gresiva dilatación indolora del cérvix. Al exámen - con espéculo, se aprecian las membranas ovulares.

El diagnóstico, puede realizarse antes del em- barazo o durante el mismo, en cualquiera de los ca- sos, es muy importante la historia que refiera la pa ciente, los antecedentes de abortos anteriores (espe- cialmente del 2o. 3o. trimestre, o de traumatismos- o cirugía vaginal previa.

El diagnóstico, antes de la gestación, puede es

tablecerse clínicamente comprobando la presencia de un desgarró cervical de extensión y topografía varia bles, que puede extenderse hasta el istmo; por una di latación istmo cervical, que permite la entrada de bu- jías de Hegar No. 8 sin dificultad o dolor, radiológi- camente por medio de Histerocervicografía, se com prueba una dilatación del canal cervical.

Es importante tomar siempre en cuenta, los ca sos de insuficiencia cervical que se presentan única- mente cuando hay embarazo.

Se encuentra referencia de un estudio a 52 pa- cientes que asisten a la clínica de Aborto habitual, en el hospital de Gineco-obstetricia del centro médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social que con el diagnóstico de incompetencia istmocervical fue- ron intervenidas quirúrgicamente en los años de 1970 a 1972. Se escogieron 3 técnicas que por el conoci- miento de ellas y la experiencia previa no parecie- ron las más convenientes y que se menciona de la - más complicada a la más sencilla: Tipo Shirodkar , tipo MacDonald, y Espinosa. Se hacen consideracio- nes sobre las normas que se siguieron a fin de esco- ger a las pacientes. En las nulíparas se usó opera- ción de Shirodkar y el embarazo se resolvió por cesárea electiva. En las que tenían antecedentes de partos previos usamos la técnica de MacDonald y en las que tenían embarazos de más de 20 semanas con modificaciones cervicales se empleó la técnica de Es pinosa; en unas y otras se retiró la cinta con el propó- sito de lograr un parto normal. El éxito global obte

nido fué de 66 % sin variaciones significativas en cada una de las diferentes técnicas empleadas. Se concluye que siendo el método más laborioso el de Shirodkar, que aumenta la incidencia de cesárea, que puede conducir a accidentes como ruptura uterina y que da el mismo resultado que las otras técnicas más sencillas, deberá restringirse su empleo en favor del uso más frecuente de éstas últimas técnicas de fleje pericervical.

ABORTO PROVOCADO O TERAPEUTICO:

Se llama provocado, cuando por medios externos se desencadena el mecanismo del aborto, con las siguientes condiciones:

1. Que la vida de la madre esté en peligro, por una enfermedad causada o agravada por el embarazo.
2. Que no exista otro tratamiento, o que si existe haya fracasado.
3. Que se tenga la seguridad, que al provocar el aborto la madre curará.

Si no se cumplen éstas condiciones, el aborto no está indicado, por lo que no entra en la categoría del terapéutico, en la actualidad, con los avances terapéuticos con que se cuenta ya casi no existe este tipo de aborto, ya que sus principales indicaciones son:

- A. Nefropatías
- B. Cardiopatías
- C. Toxemia Precóz Grave (muy rara).

En la práctica médica, es muy importante, contar por lo menos con otra opinión de un especialista a favor del aborto en cada caso.

Las Técnicas que se utilizan son las siguientes:

METODOS LENTOS:

Llamados también indirectos, tratan de provocar el desprendimiento y la expulsión del huevo, dependiendo de la edad del embarazo, con agentes químicos hormonales, en general poco eficaces; las sondas intrauterinas, los tallos de laminarias o balones. Ejemplos de éstos, es el método de Borreo: que consiste en inyectar Formol al 40 %, más o menos a 0.5 cc., menos que la edad gestacional.

METODOS RAPIDOS:

Son los más habituales, y realizan en un sólo tiempo, la dilatación del cuello, el desprendimiento y extracción del huevo.

Entre los cuales tenemos:

Legrado Uterino Instrumental o Curataje:

Por aspiración: El Vaciamiento uterino por aspiración en abortos del primer trimestre es un procedi -

miento que ofrece ventajas por su rapidez, menor morbilidad al evitar complicaciones como sinequias, infecciones o perforación. Desde el advenimiento del método del año 1958 hasta el momento actual, han sido publicados varios reportes que coinciden en la benignidad y efectividad del mismo, en relación del legrado practicado con cucharilla. Se dará a conocer la experiencia adquirida en el legrado uterino por aspiración en el hospital de Ginecoobstetricia No. 1 del I.M.S.S., en un lapso comprendido del primero de febrero de 1970 a marzo de 1971 se practicaron 200 vaciamientos por aspiración en pacientes con síndrome de aborto incompleto del primer trimestre. En todos los casos se descartó la posibilidad de aborto séptico; así como se corroboró la permeabilidad del orificio interno del cérvix. Se utilizaron cánulas de acero inoxidable de aproximadamente 30 cm., de longitud por 7, 9, 11 mm., de diámetro, con curvatura distal de unos 30°, además tienen un orificio pequeño en el extremo proximal que permite regular la presión negativa fácilmente según se le ocluya, la cánula va unida a un tubo de plástico no colapsable y está al sistema de aspiración de la sala de legrados que da presión negativa de 1 kg., por centímetro cuadrado.

Para efectuar el procedimiento la paciente se coloca en posición de litotomía, practicándose exploración ginecológica bimanual, tomando especial cuidado de la forma y tamaño del útero, empleándose como método anestésico, la anestesia general o el bloqueo peridural. El vaciamiento se obtiene introduciendo-

la cánula hasta llegar al fondo uterino, en este momento se abre la válvula del aspirador y se ocluye el orificio situado en el extremo proximal de la cánula, hasta lograr la aspiración deseada, se realizan maniobras suaves de adelante hacia atrás, así como ligeras rotaciones, insistiendo en la sucesión a nivel de los cuernos uterinos. Treinta días después del vaciamiento se efectuó revisión de las condiciones uterinas y del estado general. Las indicaciones del legrado uterino por aspiración son las mismas del legrado clásico. Da excelentes resultados en molas hidatiformes y abortos infectados ya que al disminuir la agresión sobre la mucosa endometrial se puede evitar o disminuir la diseminación de la infección y los riesgos del shock bacterémico. Otro de los puntos que en la literatura lo coloca como ventajoso sobre el legrado uterino con cucharilla, es que en este último frecuentemente debe practicarse dilatación del orificio interno del cérvix que si no se hace en forma cuidadosa y adecuada deja como secuela incompetencia, en estos casos estudiados no fue necesaria la dilatación ya que el orificio permitía el paso de un dedo. El número mayor de casos tocó a los catalogados en la 6 u 8 semanas. En 25 casos no fue necesaria anestesia y en casos bien seleccionados con cérvix favorables el vaciamiento puede ser practicado pensando el factor tiempo ya influye en forma directa, observamos que el tiempo de vaciamiento fue de 3 minutos, sangrado mínimo y ausencia de complicaciones.

Legrado digital o Curaje:

El cual se puede realizar cuando el cuello está

abierto, la cavidad uterina es amplia y el embarazo - está por arriba del tercer mes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Cuando el aborto es ya un cuadro inevitable o en curso, es decir, cuando se presenta con todos los caracteres de tal, con el agregado del dolor expulsivo y la hemorragia, acompañada o no de emisión evidente de líquido ovular, y un cuello dilatado que hace visible o palpable al huevo o parte de él, en vías de eliminación no es el diagnóstico. Es en cambio, en su etapa previa o incipiente de amenaza, durante el primer par de meses (atraso menstrual, útero discretamente aumentado de volumen, cuello cerrado hemorragias con o sin dolores pelvianos o sacro lumbares como sucede al comienzo de muchos abortos endocrinos), cuando su diagnóstico pues de plantear dudas, ante el recuerdo de otros cuadros obstétricos o ginecológicos de sintomatología parecida y que deben ser destacados por comparación.

1o. Desde el punto de Obstétrico:

La amenaza de aborto incipiente es sólo uno de los tres grandes síndromes hemorrágicos del comienzo de la gestación, junto con el embarazo extrauterino no roto y la mola hidatiforme y de ellos hay que diferenciarlos.

2o. Desde el punto de vista Ginecológico:

El cuadro debe ser distinto y distinguido de una de las formas clínicas de la enfermedad de Brebbeeje-schoroder o metropatía hemorrágica, la llamada forma Pseudoaborto (ciclo monofásico prolongado), precisamente por aportar una sintomatología parecida - en la de la amenaza de interrupción de la gestación.

La mencionada metropatía hemorrágica tipo pseudoaborto, es a veces difícil de diferenciar de un aborto incipiente; pero las metropatías disfuncionales precedentes o una esterilidad anterior por ciclos anovulatorios, orientan hacia un diagnóstico cuya certeza absoluta sólo se obtiene por las características en resultados anatomopatológicos de un curetaje uterino en cada uno de los dos casos, Con respecto al embarazo extrauterino fisurado, no roto recordaremos que en él tenemos atraso menstrual con aparición de caracteres gestacionales y pequeña hemorragia y dolor; pero aquí el útero -blanduzco en el cuello y cuerpo - no alcanza el tamaño que realmente debería tener de acuerdo con la edad de embarazo (Pues no hay huevo en su interior), concomitantemente aparece en general el tumor o el empastamiento anexial, parauterino, espontáneamente y al tacto. La distinción y la fisuración de las capas tubarias y de su peritoneo visceral, por crecimiento del huevo, dan lugar a pequeñas hemorragias oscuras y a signos de Shock peritoneal característicos y al dolor pélvico lateral, no mediano, típico de extrauterino. En ésta etapa, el diagnóstico diferencial de certeza sólo está dado

cuando en un curetaje con biopsia del endometrio, realizado deliberada o coincidentemente, encontramos reacción decidua del mismo, sin vellosidades coriales, signo de gestación que se desarrolla en otra parte no en la cavidad uterina.

El embarazo tubario roto, con su espectacular cuadro de hemorragia interna, no se presta a confusión.

En el embarazo extrauterino fisurado, la punción del saco de Douglas, que da lugar a veces a la salida de leve cantidad de sangre con aspecto extravasado es un signo de gestación ectópica.

La mola hidatiforme también comienza con un atraso menstrual y leve o apreciable hemorragia, dolorosa o no, que aquí el tamaño del útero, puede ser mayor que lo que correspondería a la edad de embarazo; la eliminación, en medio de la hemorragia, de vesículas molares, el cuadro tóxico general, de frecuente aparición, y las reacciones biológicas características (Reacción de Friedman cualitativa, positiva, con altos títulos gonodatróficos), ayudan al diagnóstico diferencial.

Por último desde el punto de vista ginecológico deben eliminarse para el diagnóstico todas las afecciones de otro orden de carácter hemorrágico (várices, cervicitis, pólipos, neoplasias, etc.)

EVOLUCION:

En términos generales se dan tres situaciones:

- a) La amenaza de aborto puede pasar, la sintomatología desaparecer y el embarazo seguir su curso normal.
- b) El feto puede morir y quedar retenido días o meses sufriendo transformaciones.
- c) El aborto puede proseguir transformandose en inevitable.

Si el aborto es ovular o embrionario, el huevo es expulsado, generalmente se hace en dos tiempos: primero se expulsa el feto y luego los anexos estos también pueden quedar retenidos dando origen al aborto incompleto.

CONDUCTA CLINICA Y TERAPEUTICA:

Cuando estamos ante un caso, en que el cuadro está motivado por una causa extraovular reconocida, basta con tratar el otro problema para que el embarazo siga su curso; el problema es cuando, estamos ante una paciente que físicamente está normal, entonces la conducta ideal, es:

- 1o. Si por un colpocitograma, encontramos un embarazo endocrinológicamente normal (células intermedias, cianófilas plegadas), el tratamiento debe encaminarse a reposo, cuidados generales, y la utilización de calmante y uteroinhibidores, para calmar los dos síntomas principales: hemorragia y dolor.
- 2o. Si por el contrario, el colpocitograma reporta índices eosinófilos, aumento de células parabasales inversión de coeficiente estrógeno progesterona), lo cual nos está indicado hipofunción sincicial está indicado el tratamiento con progesterona, además de los cuidados generales. En éste tratamiento no debe olvidarse de administrar no menos de 70 mgr., de progesterona al día ya que es el umbral mínimo metabolizable por la embarazada. Dosis más usadas: 100-200 mgr., de progesterona I.M., o acetoxi progesterona P.O., al día. También se puede administrar simultáneamente como coadyuvante

o en dosis sola al Caproato 17 alfa hidroprogesterona (proluton Depot) a razón de 250 Mgrs., I.M., c/5 días.

A éste último tratamiento, se le puede asociar el de estrógenos, los cuales van a funcionar como hemostáticos, favoreciendo la vascularización de las vellosidades coriales e induciendo a la placenta a producir más progesterona. La dosis es de 1 mg., por cada 5 o 10 de Progesterona.

En el caso de aborto inevitable, en curso o incompleto se observan dos conductas:

- a. Si el estado general de la paciente, lo permite, se esperará que el aborto se complete espontáneamente teniendo como recurso, ayudar a la paciente con oxitócicos.
- b. En caso en que el estado general de la paciente no lo permita, se está en obligación de apresurar quirúrgicamente la eliminación del huevo abortivo, por los métodos ya conocidos, teniendo cuidado de administrar al final, hemostáticos u oxitócicos, de los derivados del cornezuelo de centeno.

Todo lo anterior expuesto, es lo más frecuente en los casos en que el embarazo tiene pocos meses de gestación, en los de más edad, se prefiere agotar antes los métodos medicamentosos ya que la manio -

bra endouterina resulta más peligrosa.

En el caso de aborto infectado, se agrega al post operatorio de una evacuación instrumental, hielo local, Vitamina C y antibióticos.

En los casos de insuficiencia cervical, en los cuales se comprueba el desgarramiento, el tratamiento es la corrección del mismo.

COMPLICACIONES:

Las complicaciones graves del aborto están por lo general asociadas al aborto ilegal. Así tenemos que en el Kings County Hospital, por ejemplo, el a borto representa un tercio de todas las muertes maternas, más o menos una proporción de 1.3 muertes por cada mil abortos.

En la actualidad en la ciudad de New York antes de la liberación de la ley del aborto, se demostró que la tasa de muertes debidas a aborto ilegal habían pasado de 1.6 al 3.1 muertes por 10,000 nacidos vivos.

Las complicaciones graves del aborto están relacionadas con la infección y con la hemorragia, y como de pronóstico muy letal la insuficiencia renal aguda, Choque bacteriano.

A. Infección:

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 estreptococo hemolíticos, estafilococos y clostridium. Lo más corriente es que la infección quede limitada al útero en forma de Endometritis. No son raras, las parametritis y las peritonitis. La

infección se trata mejor evacuando con rapidez los productos de la concepción, y dando antibióticos de amplio espectro, a dosis que dependerán de la gravedad del cuadro. Cuando la infección se hace crónica con la formación de un absceso pélvico, puede esperarse que se presente un estudio de enfermedad larga y debilitante. En general, si se puede conseguir la evacuación de estos abscesos por vía vaginal, éste 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. Por otro lado hay estudios en los que se ha demostrado que el ser intervencionistas en un período más corto, en casos de aborto séptico, y que no responde al tratamiento médico, ha logrado disminuir notablemente la mortalidad materna.

B. HEMORRAGIA:

Es raro en extremo que sobrevenga una hemorragia fatal debida a un aborto, por lo menos en la práctica hospitalaria, aunque las pacientes a menudo ingresan con grados extremos de pérdida sanguínea. El tratamiento se efectúa a base de transfusiones y con la evacuación del útero.

C. CHOQUE BACTERIANO ENDOTOXICO:

La bacteriemia, provocada casi siempre por *E. Coli*, pero también por otras bacterias Gram negativas y por anaerobios, algunas veces da lugar a un choque grave, el cual a menudo es fatal. Este cho-

que, afortunadamente raro, se relaciona en la mayoría de los casos, con el aborto provocado, si bien puede darse a consecuencia de una infección del aparato genitourinario en cualquier momento del embarazo o del puerperio. El trastorno no se observa únicamente en obstetricia, sino que se da una amplia variedad de infecciones pos-operatorias, en especial urológicas. El choque endotóxico complica entre el 0.1 al 0.2 % de los abortos y la tasa de la mortalidad del proceso y del grado de afectación renal.

D. INSUFICIENCIA RENAL:

La insuficiencia renal aguda y la crónica que pueden presentarse en el aborto, derivan 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, como por ejemplo el jabón etc. Es de la mayor importancia diagnosticar precozmente esta complicación de carácter grave.

E. PERFORACION UTERINA:

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 útero es pequeño como bien puede suceder, si ha sido causado por una sonda o un dilatador de pequeño calibre.

La perforación producida con motivo de un aborto provocado criminal, constituye un problema bastante distinto. En éstas pacientes el desgarro 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 por que todavía no han producido hemorragia grave ni infección. En un caso conocido de aborto provocado, siempre hay que realizar un examen radiológico de tórax y abdomen; por lo general, 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 éstas circunstancias es imprescindible la laparatomía. La intervención no sólo es necesaria para reparar el desgarro uterino, sino que además ha de estudiarse minuciosamente el estado del intestino en busca de una posible lesión del mismo.

PRONOSTICO:

Se ha calculado que el 10 % de los embarazos terminan en aborto. Una amenaza de aborto, con una hemorragia de más de 10 días de evolución es de mal pronóstico. La temperatura basal, que en los primeros meses del embarazo está por encima de 37° si no se mantiene alta en una amenaza de aborto es de buen pronóstico. Si es baja y sube con la administración de estrógenos es de buen augurio. La determinación de pregnadiol por debajo de 5 mgs. es mal pronóstico, arriba de 7 mgs., algo mejor. Actualmente se considera más importante la determinación del estriol urinario. Cuanto más bajos son sus valores el pronóstico de la amenaza de aborto es peor.

Si cristaliza el moco cervical luego de la inyección de 10. mgs., de benzoato de estradiol es mal pronóstico. (O no es embarazo).

La alteración del coeficiente estrógeno-progesterona también es importante, el hallazgo de eosinofilia elevada y/o picnosis, el que las células intermedias se aislen y desplieguen, demuestra alteraciones reversibles del coeficiente. Estos dos elementos tienen mas valor después de la 14a. semana. El aumento de las células parabasales por arriba del 2-3% de pronóstico sombrío.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Las alteraciones anatomopatológicas de la placenta abortiva son de 3 tipos bien definidos:

1o. ATROFIA DE EPITELIO DE LAS VELLAS DE LAS CORRIAS:

El epitelio se encuentra aplanado y funcional - mente insuficiente desde el punto de vista hormonal - (común en aborto endocrino).

2o. EDEMA DE LA ESTROMA VELLOSO:

El epitelio es normal y la placenta funcional - mente también es normal, el edema del estroma comprime los vasos nutricios de la vellosidad, creandose pequeños infartos y focos de necrosis que llevan el a borto.

3o. ALTERACIONES MIXTAS:

Con hallazgos de ambos tipos mencionados anteriormente.

Los cambios morfológicos dependen, del lapso entre la muerte fetal y la expulsión del producto de la concepción. En términos generales, hay focos de necrosis con infiltrado neutrófilo intenso, trombósis - en vasos sanguíneos residuales y abundante hemorragia, reciente y antigua en la decidua necrótica.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1o. Contribuir al análisis, estudio e interpretación de la patología del Aborto.
- 2o. Lograr un estudio racional, científico, eficiente y real del problema.

ESPECIFICO:

- 1o. Conocer y cuantificar en porcentaje los casos - investigados.
- 2o. Investigar cual ha sido la etiología, plan diagnóstico y tratamiento del mismo.
- 3o. Detectar en que edad gestacional es más frecuente el aborto.
- 4o. Conocer los factores predisponentes y causales según su frecuencia, medio socio-económico, - étnico, físico y biológico.
- 5o. Conocer la morbilidad y mortalidad de las pacientes que han presentado dicha patología.
- 6o. Averiguar la incidencia de reingreso en los años de estudio.
- 7o. Conocer las complicaciones y la evolución de - las mismas.

MATERIAL Y METODOS

RECURSOS:

1o. HUMANOS:

Asesor: Doctor Julio César Fuentes Mérida
Revisor: Doctor Marco Antonio Chávez Garza
Jefe del Departamento de Registros Médicos del Hospital General de Occidente.
Encargado de Archivo de Registros Médicos del mencionado Hospital.

2o. NO HUMANO:

Departamento del Registro Médicos del Hospital General de Occidente.
Fichas clínicas de las pacientes hospitalizadas durante los años de 1978-1979 (250 papeletas)
Material de Escritorio.

METODO:

El método utilizado fue el estadístico mediante el estudio retrospectivo, para lo cual se elaboró inicialmente:

- 1) Una ficha clínica, en la cual se incluyeron todos los parámetros del estudio a saber.

FICHA CLINICA:

I DATOS GENERALES

1. Edad
2. Raza
3. Procedencia
4. Residencia
5. Ocupación
6. Religión
7. Estado Civil.

II 8. MOTIVO DE CONSULTA.

III ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

9. Gestas
10. Paras
11. Abortos
12. Legrados
13. Cesáreas
14. Menarquia
15. Edad Gestacional por U. R.
16. Control Prenatal
SI - NO.

IV PERFIL SOCIAL:

17. Estado Socioeconómico
18. Escolaridad

V 19. Impresión clínica de ingreso

20. Otras patologías asociadas
21. Otros diagnósticos
22. Tiempo de evolución de los primeros síntomas a la consulta

VI EXAMENES DE LABORATORIO:

23. Hematología
24. Orina
25. V.D.R.L.
26. Gravindex
27. Algún examen de rutina
28. Reporte de Anatomía Patológica

VII TRATAMIENTO:

29. Quirúrgico
30. Medicamentos
31. Tratamiento instituido en la Amenaza de Aborto.
32. Días en que se realizó Tx., quirúrgico en relación a la fecha de ingreso.
33. Diagnóstico de Egreso
34. Complicaciones
35. Días de Hospitalización
36. Controles posteriores a consulta externa
37. Reingreso de pacientes
38. Mortalidad
39. Incidencia de abortos en relación al No. de embarazos
40. Causa presuntiva de aborto por medico
41. Causa presuntiva de Aborto por Paciente.

PRESENTACION DE DATOS ESTADISTICOS

| EDAD (1) | | |
|------------------|---------------|------------|
| GRUPO ETARIO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
| Menor de 15 años | 2 | 0.8 |
| 16 - 20 años | 32 | 12.8 |
| 21 - 25 años | 76 | 30.4 |
| 26 - 30 años | 53 | 21.2 |
| 31 - 35 años | 42 | 16.8 |
| 36 - 40 años | 35 | 14.0 |
| 41 - 45 años | 9 | 3.6 |
| Más de 46 | 1 | 0.4 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

En el presente cuadro se observa mayor incidencia entre las edades 21-25 años encontrando un total de 76 pacientes (30.4 %). El promedio de edad fue de 23 años; siendo la paciente más joven de 15 años. Estos datos son muy similares a los estudios hechos anteriormente en otros hospitales donde refieren que la mayoría de las pacientes se encuentran entre la segunda y tercera década.

PROCEDENCIA (2)

| PROCEDENCIA | Nó. PACIENTES | PORCENTAJE |
|---------------|---------------|------------|
| QUEZALTENANGO | 174 | 69.6 |
| Urbano | 82 | 32.8 |
| Rural | 92 | 36.8 |
| OTROS | 76 | 30.4 |
| TOTAL | 250 | 100.0 % |

En el cuadro anterior observamos que 174 pacientes proceden de Quezaltenango correspondiéndole 82 pacientes (32.8 %) al área urbana, 92 pacientes (36.8 %) pertenecen al área rural.

Tuvieron otro lugar de procedencia 76 pacientes (30.4 %).

No encontrándose estadísticas del lugar de procedencia en la bibliografía consultada que nos sirva de comparación.

RESIDENCIA (3)

| RESIDENCIA | Nó. PACIENTES | PORCENTAJE |
|---------------|---------------|------------|
| QUEZALTENANGO | 218 | 87.2 |
| Urbano | 146 | 58.4 |
| Rural | 72 | 28.8 |
| OTROS | 32 | 12.8 |
| TOTAL : | 250 | 100.0 % |

El lugar de residencia de las pacientes del presente estudio fue el siguiente: Del área urbana de Quezaltenango 146 ptes. (58.4%); del área rural 72 ptes. (28.8 %) haciendo un total de 218 casos (87.2%) Residían fuera del perímetro del departamento de Quezaltenango 32 pacientes (12.8 %) comparada con la bibliografía revisada se observa que la residencia de las pacientes era en su mayoría del área urbana.

OCUPACION (4)

| OCUPACION | Nó. PACIENTES | PORCENTAJE |
|---------------------------|---------------|------------|
| Oficios domésticos | 229 | 91.6 |
| Costurera | 5 | 2.0 |
| Secretaria Comercial | 1 | 0.4 |
| Estudiante | 5 | 2.0 |
| Maestra de Educ. primaria | 2 | 0.8 |
| Comerciante | 1 | 0.4 |
| Auxiliar de enfermería | 6 | 2.4 |
| Enfermera Graduada | 1 | 0.4 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

La mayoría de las pacientes no tienen ingreso económico por trabajo desempeñado y su oficio es ser ama de casa; encontrándose 229 (91.6 %) pacientes ; siendo similar con estudios hechos anteriormente en hospitales del interior de la república y países extranjeros.

RELIGION (5)

| RELIGION | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| Católica | 60 | 24.0 |
| Evangélica | 8 | 3.2 |
| Otras | 0 | 0.0 |
| No hay datos | 182 | 72.8 |
| Total | 250 | 100.0 |

Es un aspecto poco tomado en cuenta, ya que no se encontraron datos en la mayoría de las papeletas - 182 (72.8 %) casos. Entre los datos encontrados se observa predominancia en la religión católica con 60 casos (24 %).

No se encontraron más que dos religiones (católica y evangélica.

ESTADO CIVIL (6)

| ESTADO CIVIL | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| Casada | 138 | 55.2 |
| Unida | 87 | 34.8 |
| Soltera | 20 | 8.0 |
| Viuda | 3 | 1.2 |
| Divorciada | 1 | 0.4 |
| No hay datos | 1 | 0.4 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

En este cuadro el grupo que más predominó fue el de casadas con un número de 138 (55.2 %) siguiendo las unidas con 87 (34.8 %) pacientes.

En los estudios retrospectivos revisados son similares ya que ambas se encuentran en uno u otro estudio predominantemente. No se encontraron datos en pacientes (0.4 %)

MOTIVO DE CONSULTA

| | No. PACIENTES |
|----------------------------------|---------------|
| Hemorragia vaginal | 230 |
| Contracciones uterinas | 16 |
| Expulsión de feto | 17 |
| Expulsión de restos placentarios | 43 |
| Dolor abdominal (Hipogastrio) | 66 |
| Hemorragia a gotas por meses | 5 |
| Dolor en fosas Ileacas | 8 |
| Nauseas y vómitos | 1 |
| Tos, Fiebre | 5 |
| Irregularidad menstrual | 3 |
| Dolor Dorsolumbar | 15 |
| Retención de Placenta | 1 |
| Salida de líquido amniótico | 1 |

El presente cuadro nos representa porque consultó la paciente al servicio de emergencia. 230 pacientes por hemorragia vaginal y 66 consultaron por dolor abdominal; contracciones uterinas 16 pacien -

tes siendo estos los principales síntomas que acompañan a la entidad patológica que nos atañe.

Las pacientes consultaron con varios síntomas a la vez.

PARIDAD (8)

| GESTAS | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| 0 - 1 | 37 | 14.8 |
| 2 - 4 | 100 | 40.0 |
| 5 - 7 | 76 | 30.4 |
| 8 - 10 | 24 | 9.6 |
| 11 - 13 | 5 | 2.0 |
| 14 - más | 5 | 2.0 |
| No hay datos | 3 | 1.2 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

PARAS (9)

| PARAS | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| 0 | 49 | 19.6 |
| 1 - 3 | 106 | 42.4 |
| 4 - 6 | 67 | 26.8 |
| 7 - 9 | 18 | 7.2 |
| 10 - 12 | 4 | 1.6 |
| 13 - más | 2 | 0.8 |
| No hay datos | 4 | 1.6 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

Para los cuadros anteriores observamos que la mayoría de las pacientes incluidos en el presente estudio está comprendida entre 2-7 gestas y de 1-6 paridas.

Datos bibliográficos refieren que el aborto es más frecuente en múltiparas.

ABORTOS (10)

| ABORTOS | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| 0 | 173 | 69.2 |
| 1 - 3 | 68 | 27.2 |
| 4 - 6 | 4 | 1.6 |
| 7 - 9 | 0 | 0.0 |
| 10 - 12 | 1 | 0.4 |
| 13 - más | 0 | 0.0 |
| No hay datos | 4 | 1.6 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

En el presente cuadro observamos que el 69.2% (173 pacientes) no tenían antecedentes de aborto. El 27.2 % (68 ptes.) tenían de 1 - 3 abortos.

Un dato muy importante es que 1 paciente (0.4%) está comprendida entre el intervalo de 10 - 12 abortos aunque en su papeleta ponían en duda éste dato que únicamente fué referida por ella.

LEGRADOS (11)

| LEGRADO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| 0 | 176 | 70.4 |
| 1 - 3 | 39 | 15.6 |
| 4 - 6 | 0 | 00.0 |
| 7 - 9 | 00 | 00.0 |
| 10 - 12 | 00 | 00.0 |
| 13 - más | 00 | 00.0 |
| No hay datos | 35 | 14.0 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

Observamos que 176 pacientes (70.4 %) no tuvieron antecedentes de legrado y 39 pacientes (15.6%) tenían antecedentes de haberselos efectuado de 1 - 3 legrados. No existieron datos en 35 pacientes (14%).

CESAREAS (12)

| CESAREAS | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| 0 | 234 | 93.6 |
| 1 - 3 | 11 | 4.4 |
| 4 - 6 | 00 | 0.0 |
| 7 - 9 | 00 | 0.0 |
| 10 - 12 | 00 | 0.0 |
| 13 - más | 00 | 0.0 |
| No hay datos | 5 | 2.0 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

El cuadro anterior nos representa las cesáreas anteriores 234 pacientes (93.6 %) no tenían antecedentes de cesáreas; 11 pacientes (4.4 %) tenían de 1 - 3 cesáreas, no existían datos en 5 pacientes (2%).

MENARQUIA (13)

| MENARQUIA | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|------------------|---------------|------------|
| Menos de 10 años | 1 | 0.4 |
| 11 - 14 años | 105 | 42.0 |
| 15 - 18 años | 30 | 12.0 |
| 19 - más | 1 | 0.4 |
| No hay datos | 113 | 45.2 |
| Total: | 250 | 100.0 |

Menarquía es la aparición del primer período menstrual, lo cual no indica que sea aquí donde se inicia la pubertad, ya que ésta es una fase evolutiva de transición que media entre la infancia y la edad adulta y una de las manifestaciones de ésta fase es la menarquía.

No se encontraron antecedentes en 113 pacientes (45.2 %) y la mayoría de las pacientes en las cuales si había datos 105 (42 %) estaban comprendidas entre el intervalo de 11 - 14 años.

La cifra media normal de menarquía oscila entre los 12 - 13 años por lo que en este cuadro no se observa patología alguna.

EDAD GESTACIONAL POR ULTIMA REGLA (14)

| EDAD GESTACIONAL | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--|---------------|------------|
| 0 - 8 semanas (aborto Ovular) | 32 | 12.8 |
| 9 - 18 semanas (aborto embrionario) | 121 | 48.4 |
| 19 - 27 semanas (aborto fetal) | 28 | 11.2 |
| No hay datos | 69 | 27.6 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

El grupo que predominó más en el aborto fué el embrionario comprendido de la 9a., semana - 18a. semana con 121 pacientes (48.4 %) siguiendo el ovular con 32 casos (12.8 %).

En la revisión bibliográfica el aborto más frecuente es el ovular. Resalta también que 69 casos (27.6 %) no se encontraron datos en la ficha clínica.

CONTROL PRENATAL (15)

| CONTROL PRENATAL | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|------------------|---------------|------------|
| SI | 4 | 1.6 |
| NO | 0 | 0.0 |
| No hay datos | 246 | 98.4 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

En el cuadro anterior nos indica que únicamente 4 pacientes (1.6 %) tuvieron control prenatal y las restantes fueron tabuladas en que no se encontraron datos en las papeletas (98.4 %).

ESTADO SOCIOECONOMICO (16)

| ESTADO SOCIO - ECONOMICO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------------|---------------|------------|
| Bueno | 9 | 3.6 |
| Regular | 62 | 24.8 |
| Bajo | 75 | 30.0 |
| No hay datos | 104 | 41.6 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

Dato que únicamente se encontró en 146 casos ; correspondiendole 75 casos (41.6 %) para el estrato bajo y únicamente se observaron 9 casos (3.6 %) - con posición aceptable.

Estos datos son similares a los encontrados en los antecedentes.

ESCOLARIDAD (17)

| ESCOLARIDAD | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| Alfabeta | 41 | 16.4 |
| Analfabeta | 24 | 9.6 |
| No hay datos | 185 | 74.0 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

En este cuadro no se puede determinar si el grado de escolaridad influyó en la patología que se estudia ya que no se encontraron datos en 185 pacientes (74 %).

IMPRESION CLINICA DE INGRESO (18)

| DIAGNOSTICO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------------|---------------|------------|
| Amenaza de aborto | 55 | 22.0 |
| Aborto inminente | 3 | 1.2 |
| Aborto en curso | 21 | 8.4 |
| Aborto incompleto | 142 | 56.8 |
| Aborto completo | 7 | 2.8 |
| Aborto diferido | 4 | 1.6 |
| Aborto habitual | 1 | 0.4 |
| Aborto séptico | 8 | 3.2 |
| Aborto séptico provocado | 1 | 0.4 |
| Varios (otros Dx) | 8 | 3.2 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

En el presente cuadro ingresaron con impresión de aborto incompleto 142 pacientes (56.8 %) y 55 (22.0 %) con amenaza de aborto.

En el estudio realizado en el hospital Roosevelt se encuentra un 66.8 % con impresión clínica de aborto incompleto e inevitable, datos que coinciden con el estudio que actualmente se presenta.

OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS (19)

| PATOLOGIA | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|-----------------------|---------------|------------|
| Hipertensión arterial | 2 | --- |
| Diabetes | 1 | --- |
| Hemorroides | 1 | --- |
| Anemia | 5 | --- |
| Absceso pélvico | 2 | --- |
| Infección urinaria | 4 | --- |
| Papilomatosis | 2 | --- |
| Micosis | 1 | --- |
| Infertilidad Sec. | 1 | --- |
| Insuficiencia mitral | 1 | --- |
| Polipo endocervical | 2 | --- |

20 pacientes (8 %) ingresaron con otras entidades patológicas asociadas, predominando la anemia con 5 pacientes infección urinaria 4 pacientes, hipertensión arterial, papilomatosis, absceso pélvico, pólipos endocervical 2 pacientes de cada uno respectivamente.

OTROS DIAGNOSTICOS (20)

| | No. PACIENTES |
|----------------------------|---------------|
| Mola Hidatiforme | 2 |
| Descartar Embarazo | 1 |
| Embarazo Ectópico | 2 |
| Metropatía Hemorrágica | 14 |
| Legrado incompleto séptico | 1 |
| Mioma Uterino | 3 |
| Endometritis | 1 |
| Infección pélvica | 2 |
| Hemorragia Vaginal | 1 |

Ingresaron con otros diagnósticos que no era el de aborto 27 (10.8 %) pacientes; 14 de las cuales son metropatía hemorrágica y 1 paciente con diagnóstico de legrado uterino incompleto séptico.

TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS PRESENTADOS A LA CONSULTA

| TIEMPO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| 0 - 1 día | 113 | 45.2 |
| 2 - 4 días | 56 | 22.4 |
| 5 - 7 días | 21 | 8.4 |
| 8 - 10 días | 15 | 6.0 |
| 11 - más | 35 | 14.0 |
| No hay datos | 10 | 4.0 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

La mayoría de las pacientes 113 (45.2 %) con sultó dentro de las 24 horas de haber iniciado su motivo de consulta.

Se encontraron 35 pacientes (14 %) que su consulta fue de más de 11 días pues se trataba de pacientes que presentaban irregularidades menstruales o metropatías de etiología indeterminada. No hubo datos en 10 pacientes (4 %).

EXAMENES DE LABORATORIO (22)

| HEMOGLOBINA | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------|---------------|------------|
| Menor de 10 gramos | 42 | 16.8 % |
| Mayor de 10 gramos | 84 | 33.6 |
| No se investigó | 124 | 49.6 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

Es importante hacer notar que en el presente - cuadro resalta que 124 (49.6 %) que ingresaron al servicio de ginecología no contaron con una hematología y 42 pacientes (16.8 %) tenían anemia con una hemoglobina menor de 10 grms.

ORINA (23)

| ORINA | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|-----------------|---------------|------------|
| SI | 56 | 22.4 % |
| No se investigó | 194 | 77.6 % |
| Total: | 250 | 100.0 % |

Mencionamos que 194 (77.6 %) no se les realizó exámen de orina ni ha su ingreso ni en días de hospitalización, dato que es muy importante porque según bibliografía una de las causas más frecuentes de amenaza o de aborto es la infección Urinaria. A 56 (22.4 %) pacientes se les realizó examen de orina resultando únicamente 4 casos con tratamiento.

CARDIOLIPINA (24)

| V.D.R.L. | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|-----------------|---------------|------------|
| Positivo | 0 | 0 |
| Negativo | 22 | 8.8 |
| No se investigó | 228 | 91.2 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

En el presente cuadro es importante resaltar - que no se efectuó el examen en 228 pacientes (91.2 %) y fué negativo en 22 pacientes, (8,8 %) en los cuales únicamente se realizó.

GRAVINDEX (25)

| GRAVINDEX | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|-----------------|---------------|------------|
| Positivo | 13 | 5.2 |
| Negativo | 35 | 14.0 |
| No se investigó | 202 | 80.8 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

Se efectuó el examen en 48 pacientes (19.2 %) siendo positiva en 13 pacientes (5.2 %). Este estudio se efectuó en pacientes que ingresaron con impresión clínica de amenaza de aborto.

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE LES REALIZO ALGUN LABORATORIO (26)

| | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------|---------------|------------|
| SI | 159 | 63.6 |
| NO | 91 | 36.4 |
| TOTAL: | 250 | 100.0 % |

En el presente cuadro vemos que en 91 casos (36.5 %) no se le realizó un sólo examen de laboratorio.

REPORTES DE ANATOMIA PATOLOGICA (27)

| | No. DE PACIENTES |
|--|---------------------|
| Placenta y Decidua | 5 |
| Tejido autolisado inadecuado para diagnóstico. | 2 |
| Endometrio tipo secretor con relación recidual y vellosidades coriales. | 1 |
| Endometrio proliferativo con moderada hiperplasia, no hay productos de la concepción. | 2 |
| Endometrio irregular predominantemente secretor, no hay evidencia de productos de la concepción. | 1 |
| Decidua con infiltrado fibrino purulento y coágulos. | 1 |
| Vellosidades coriales | 1 |
| Mola hidatiforme | 1 |
| Endometrio proliferativo sin patología | 4 |
| No se encontró resultado de anatomía patológica. | 1 |
| No se envió muestra a patología. | 201 |
| Otros: | |
| Utero: Histectomía por metrorragia sin patología | 1 |
| Biopsia de masa cervical: C.A. Indiferenciado invasivo. | 1 |
| Pólipo cervical adenomatoso del endometrio. | 1 |

Se enviaron unicamente 49 (19.6 %) muestras, habiendo sido unicamente compatible con diagnóstico de Aborto Incompleto 7 resultados donde se observaron placenta y vellosidades coriales, considerando - las restantes como metropatías hemorrágicas de Etiología indeterminada.

No se enviaron a patología 201 (80.4 %) muestras porque al legar los restos fueron de aspecto placentario, únicamente se enviaron los de aspecto endometrial y se tenía duda de su diagnóstico. Hubo una paciente que se le efectuó biopsia de pólipo cervical - el cual el resultado fue C.A. de cérvix indiferenciado invasivo, la cual fue referida al INCAN para su tratamiento.

TRATAMIENTO INSTITUIDO (28)

| QUIRURGICO: | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|------------------------------|---------------|------------|
| Legrado Uterino Inst. | 211 | 84.4 % |
| Legrado Uterino diagnóstico. | 9 | 3.6 % |
| <u>TRATAMIENTO MEDICO :</u> | | |
| Sin legrado uterino Inst. | 30 | 100.00 % |

Se efectuó legrado uterino instrumental en 211 (84.4 %) pacientes los cuales fueron considerados - como abortos incompletos donde se aislaron restos

placentarios. Se realizaron legrados diagnósticos - donde se encontraron restos endometriales en 9 (3. 6 %) pacientes. Hubieron 30 casos (12. %) que su tratamiento fue médico comprende pacientes que ingresaron con amenaza de aborto y no abortaron y pacientes que tuvieron abortos completos y no hubo necesidad de legarlas.

DIAS EN QUE SE REALIZO TX. QUIRURGICO EN RELACION A LA FECHA DE INGRESO. (29).

| TIEMPO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| 0 - 24 horas | 184 | 83.67 |
| 2 - 5 días | 31 | 14.09 |
| 6 - más | 5 | 2.34 |
| Total: | 220 | 100.00 % |

184 (83.67 %) fueron tratadas quirúrgicamente dentro de las 24 horas a su ingreso. Pacientes - que tuvieron más de 6 días, 5 (2.34 %) fueron pacientes que al principio presentaron amenaza de aborto las cuales se trataron pero finalmente abortaron.

Coincide dato con estudios mexicanos que su - tratamiento fue dentro de las primeras 4-12 horas, de ingreso.

MEDICAMENTOS (30)

| <u>OXITOCICOS:</u> | <u>No. PACIENTES</u> |
|--|----------------------|
| Ergonovina | 220 |
| Ergotrate | 220 |
| Sintocinón | 7 |
| | |
| <u>ANALGESICOS:</u> | |
| Acido Acetil Salicílico | 74 |
| Baralgina | 8 |
| Neomelubrina | 23 |
| | |
| <u>SEDANTES:</u> | |
| Fenobarbital | 30 |
| Valim (Diazepan) | 3 |
| Meprobamato | 1 |
| | |
| <u>VARIOS:</u> | |
| Progesterona | 5 |
| (Partosistén) | 2 |
| Lassix | |
| Alupent (Oxiprenalina) | 3 |
| Indocid (Indometacina) | 4 |
| Vadosilan (Clorhidrato de Isoxupurina) | 6 |
| Transfusión sanguínea | 21 |
| Penicilina Procaína | |
| Expectorante | |
| Penicilina Cristalina | |
| Cloranfenicol | |
| Ampicilina | |
| Serpasol | |
| Prenatales | |
| Insulina | |
| Hierro | |

Los oxitóxicos utilizados fueron los derivados del cornezuelo del centeno: Ergotrate P.P.; ergonovina Im., en todas las pacientes que se les efectuó legrado uterino I., siendo 220 pacientes. La clase de analgésicos utilizados más frecuente fué el ácido acetil salicílico en 74 casos.

Los sedantes más utilizados en las amenazas - de aborto fué el fenobarbital en 30 casos. Entre los varios se encuentran principalmente las transfusiones sanguíneas en número de 21 las cuales fueron aplicadas a pacientes anémicas y con shock hipovolémico.

Los antibióticos más utilizados fueron penicilina cristalina, cloranfenicol en los cuadros de Aborto séptico.

La ampicilina en el tratamiento de las infecciones urinarias. La progesterona, clorhidrato de isoxuprina, oxiprenalina, indometacina, se utilizó en pacientes con amenaza de aborto.

TRATAMIENTO INSTITUIDO EN AMENAZA DE ABORTO (31)

| MEDICAMENTOS | No. PACIENTES |
|--|---------------|
| Reposo | 12 |
| Fenobarbital | 30 |
| Clorhidrato de Isoxuprina (Vadosilan) | 6 |
| Oxiprenalina (Alupent) | 3 |
| Indometacina (Indocid) | 4 |
| Diazepan (Valium) | 3 |
| (Partosisten) | 2 |
| Progesterona | 5 |
| Baralgina | 3 |
| No hay tratamiento | 8 |
| RESULTADOS: | |
| Abortaron | 46 |
| No abortaron | 9 |
| Total: | 55 |

El medicamento más utilizado fue el fenobarbital en 30 pacientes, usado como sedante. El reposo absoluto en 12 casos. Se usaron, oxiprenalina, clorhidrato de isoxuprina, indometacina progesterona, en pocas pacientes; de las 55 pacientes que ingresa -

ron con amenaza de aborto únicamente 9 no abortaron y 46 terminaron en aborto completo o incompleto.

DIAGNOSTICO DE EGRESO (32)

| DIAGNOSTICO | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|------------------------------|---------------|------------|
| Aborto Incompleto | 190 | 76.0 |
| Aborto Completo | 18 | 7.2 |
| Aborto en Curso | 7 | 2.8 |
| Aborto Fallido | 5 | 2.0 |
| Amenaza de Aborto | 9 | 3.6 |
| Aborto Séptico | 6 | 2.4 |
| Aborto Incompleto provocado. | 2 | 0.8 |
| Aborto incompleto | | |
| Infección urinaria | 1 | 0.4 |
| Aborto Incompleto | | |
| Anemia Secundaria | 2 | 0.8 |
| Aborto Séptico | | |
| Septicemia | | |
| Muerte | 1 | 0.4 |
| Aborto Incompleto | | |
| Plastron Apendicular | 1 | 0.4 |
| Aborto Séptico | | |
| Anemia Secundaria | 1 | 0.4 |
| Amenaza de Aborto | | |
| Infección Urinaria | 1 | 0.4 |
| Aborto Incompleto | | |
| Fibroma Cervical | 1 | 0.4 |
| Metropatía Disfuncional | 3 | 1.2 |
| Aborto Incompleto | | |
| Shock Hipovolemico | 1 | 0.4 |
| Aborto Habitual | 1 | 0.4 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

El diagnóstico de egreso que tuvo mayor número de pacientes fue el de aborto incompleto 190 (76%)

El resto de diagnósticos que en el cuadro se mencionan tales como aborto en curso 7 casos, aborto fallido 5, aborto séptico 8, se les efectuó legrado.

9 pacientes salieron con diagnóstico de amenaza de aborto conjurado.

COMPLICACIONES: (33)

| | No. PACIENTES |
|---------------------------|---------------|
| Shock Hipovolémico | 4 |
| Laceración del endometrio | 1 |
| Hemorragia severa | 1 |
| Laceración del cuello | 1 |
| Septicemia | 1 |
| Perforación Uterina | 1 |
| Lipotimias | 1 |
| Retención de placenta | 2 |
| Infección pélvica | 1 |
| Atonia Uterina | 1 |
| Anemias | 3 |

Se observa que 14 pacientes. (5.6 %) de la muestra investigada tuvieron complicaciones entre las cuales predomina el Shock hipovolémico con 4 pacientes debido a la profusa hemorragia vaginal las cuales fueron tratadas con solución I.V., y transfu -

siones. El 0.4 % que corresponde a una paciente - presentó septicemia más muerte la cual se trató con antibióticos de amplio espectro.

DIAS DE HOSPITALIZACION (34)

| NUMERO DE DIAS | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|----------------|---------------|------------|
| 0 - 2 días | 161 | 64.4 |
| 3 - 5 días | 65 | 26.0 |
| 6 - 8 días | 16 | 6.4 |
| 9 - 11 días | 4 | 1.6 |
| 12 - 14 días | 0 | 0.0 |
| 15 - más | 4 | 1.6 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

Las pacientes en las cuales su diagnóstico era obvio permanecieron de 0 - 2 días hospitalizadas, Siendo 161 pacientes (64.4 %). Y 4 pacientes que estuvieron más de 15 días (1.6 %) estuvieron por problemas de amenaza de aborto. Aborto séptico, histerectomía, etc., coincidiendo también con estudios de la bibliografía en la cual reportan como días estancia 1, 2 promedio.

NUMERO DE PACIENTES QUE ASISTIERON A CONSULTA EXTERNA A CONTROL DESPUES DE SU EGRESO (35)

| ASISTIERON | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|------------|---------------|------------|
| SI | 49 | 19.6 |
| NO | 201 | 80.4 |
| TOTAL: | 250 | 100.0 % |

En el presente cuadro se hace resaltar que 201 (80.4 %) pacientes no asistieron a control después de egresar del hospital.

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REINGRESARON AL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE EN LOS 1978 - 1979 POR ABORTOS. (36)

| | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|----------------|---------------|------------|
| Primer ingreso | 230 | 92.0 |
| Reingreso | 20 | 8.0 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

Se estudiaron un total de 250 casos, de los cuales 230 pacientes (92 %) presentaron en los años estudiados un solo aborto; 20 pacientes (8. %) reingresaron por otro problema de amenaza o de aborto.

MORTALIDAD (37)

| CAUSA | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|------------|---------------|------------|
| Septicemia | 1 | 0.4 |

Durante los 2 años estudiados sobre la muestra de 250 casos se encontró únicamente el caso (0.4 %) paciente que ingresó como aborto séptico el cual se cubrió con antibióticos de amplio espectro pero se complicó con shock hipovolémico-shock séptico más septicemia; no se le efectuó legrado U.I.

INCIDENCIA DE ABORTOS EN RELACION AL NUMERO TOTAL DE EMBARAZOS. (38)

| No. DE EMBARAZOS | No. DE ABORTOS | PORCENTAJE (INCIDENCIA) |
|------------------|----------------|---------------------------|
| 3,874 | 776 | 20.0 % |

CAUSA PRESUNTIVA DE ABORTO POR MEDICO (39)

| CAUSA | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| Paludismo | 1 | 0.4 |
| Provocado | 5 | 2.0 |
| No hay datos | 244 | 97.6 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

Dentro de las causas predisponentes por médico fueron únicamente de 6 (92.4 %) de las cuales 5 fueron de abortos provocados y 1 (0.4 %) por paludismo.

244 pacientes no existieron datos.

(40)

CAUSA PRESUNTIVA DE ABORTO POR PACIENTE

| CAUSA | No. PACIENTES | PORCENTAJE |
|---------------------|---------------|------------|
| Cáida | 21 | 8.4 |
| Golpe | 3 | 1.2 |
| Sostener cosas | 3 | 1.2 |
| Susto | 1 | 0.4 |
| Viaje en camioneta | 1 | 0.4 |
| Enojo | 1 | 0.4 |
| Esfuerzo | 5 | 2.0 |
| Purgante | 1 | 0.4 |
| Relaciones sexuales | 2 | 0.8 |
| Espontáneo | 13 | 5.2 |
| No hay datos | 199 | 79.2 |
| Total: | 250 | 100.0 % |

En el presente cuadro es importante hacer resaltar que en 199 pacientes (79.6 %) no se encontraron datos como causa predisponente de aborto y en 38 pacientes que si estaban reportados, siendo la causa traumática en su mayoría.

Es importante mencionar también que 2 pacientes (0.8 %) refirieron como causa de aborto el haber tenido relaciones sexuales.

CONCLUSIONES

- 1o. Se encontró una mayor incidencia entre los 21-25 años de edad correspondiéndole un 30.4 % (76 pacientes).
- 2o. Se observó que la mayoría de las pacientes procede del área rural de Quezaltenango 92 pacientes (36.8 %) y residen en el área urbana de Quezaltenango 146 (58.4 %).
- 3o. El estado civil que la mayoría de pacientes fue el de casadas en 55.2 % (138 pacientes).
- 4o. Se encontró que 229 pacientes (91.6 %) su ocupación era el de oficios domésticos.
- 5o. El estado socio-económico que predominó en las pacientes fue el bajo con un número de 75 casos (30 %).
- 6o. Con respecto al aspecto religioso no se llegó a una conclusión determinante pues no existen datos en la historia clínica en 182 pacientes (72.8 %).
- 7o. También el grado de escolaridad no se pudo determinar si influyó ya que en 185 pacientes (74%) no se encontraron datos.

- 8o. Tuvieron control prenatal únicamente 4 (1.6%) de la muestra estudiada aspecto muy importante ya que es ahí donde se detectan las primeras anomalías del embarazo.
- 9o. La mayoría de pacientes que fueron 142 (58.8%) ingresaron como aborto incompleto y 22 % (55 casos) como amenaza de aborto.
10. 14 pacientes ingresaron con diagnóstico o parte del diagnóstico diferencial como metropatía hemorrágica.
11. La hemorragia vaginal fue el motivo de consulta más frecuente correspondiéndole a 230 pacientes (92 %).
12. Se encontró 40 % de las pacientes estudiadas tenían de 2-4 gestas siguiéndole en incidencia 30 % con 5-7 gestas.
13. En un 69.2 % (173 casos) no había antecedentes de abortos y en 70.4 % (176 pacientes) de legrados anteriores. Concluimos entonces que las pacientes con antecedentes de abortos anteriores presentan con mayor facilidad otro aborto; presentando 11 pacientes con antecedentes de cesárea anterior un aborto.
14. En 124 casos (49.6 %) no se realizó ninguna hematología.

15. El método diagnóstico se hizo en base a historia clínica y examen físico, ya que únicamente 49 (19.6 %) muestras de restos de legrado fueron mandados a patología. 201 (80.4 %) muestras se clasificó como restos placentarios únicamente por apariencia.
16. El tratamiento efectuado fue en su mayoría 220 (88 %) casos, legrado uterino instrumental. Fue tratamiento médico en 30 pacientes (12 %) entre los cuales se hallaron las pacientes que tenían amenaza de aborto y los abortos completos a los cuales no fue necesario legrar.
17. El medicamento más utilizado post-legrado fueron los derivados del cornezuelo en los 220 casos.
18. El tratamiento instituido en la amenaza de aborto fue a base de sedantes, uteroinhibidores, y progesterona.
19. El tratamiento quirúrgico fue instituido dentro de las 24 horas de hospitalización en 83.6 % (184 pacientes).
20. 76 % (190 pacientes) egresaron como aborto incompleto.
21. En las causas presuntivas de aborto tanto de la paciente como del médico no se pudo establecer con porcentaje significativo ya que no existían muchos datos.

22. El tiempo de Hospitalización osciló entre 0-2 días.
23. Reingresaron en los años de estudio (1978 - 1979) 20 pacientes (8 %) por un nuevo problema de amenaza de aborto o aborto.
24. La complicación más frecuente lo constituyó el shock hipovolémico en 4 pacientes y septicemia mas muerte en 1 paciente. Infección urinaria en 4 pacientes.
25. Unicamente 49 % (19.6 %) asistieron a controles posteriores a su egreso, dato muy importante puesto que debería hacerse promoción para el control pos-egreso.
26. La mortalidad fue del 0.4 % (1 paciente) la cual fue por septicemia secundario a aborto séptico más shock séptico e hipovolémico.
27. La incidencia de abortos en relación al número total de partos fue del 20 % (10 % cada año).

RECOMENDACIONES

- 1o. Lo principal para obtener un buen estudio y efectuar un trabajo completo es obtener buenos datos por lo que se recomienda que al ingresar a una paciente al hospital se anote una buena historia clínica y que se investiguen todos los aspectos para que futuros estudios sean más confiables y completos. Además elaborar una nueva papeleta que lleve datos tales como: religión, estado socio-económico, grado de escolaridad, etc.
- 2o. Fomentar el control prenatal ya que es de vital importancia para evitar futuras complicaciones.
- 3o. Antes de que una paciente sea intervenida quirúrgicamente deberá llevar por lo menos un examen de HEMATOLOGIA.
- 4o. Lo ideal es que las muestras de los restos placentarios o encontrados en los legrados uterinos instrumentales fueran enviadas a patología para así confirmar el diagnóstico clínico con el de anatomía patológica y poder así descartar otras patologías.
- 5o. Que se trate de fomentar y divulgar por todos los medios la importancia de los controles posteriores a su egreso para estudios más comple-

tos sobre su patología pasada.

- 6o. Se recomienda no usar de rutina los derivados del cornezuelo del centeno después del legrado, ya que según autores su uso es bastante discutido.
- 7o. Se recomienda hacer un protocolo para el tratamiento de las pacientes que presenten amenaza de aborto.

BIBLIOGRAFIA

1. Ricardo Schwarcz, Silvestre Sala, Carlos Durverges. OBSTETRICIA Tercera edición. Editorial El Ateneo 1,962. Reimp. 1978.
2. Lawrence R. Wharton, GINECOLOGIA. Segunda edición. Editorial Interamericana.
3. Robbins PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. Primera edición. 1975. Editorial Interamericana.
4. Edmund Novak . TRATADO DE GINECOLOGIA Novena Edición. 1977. Editorial Interamericana.
5. Calandra del Valle, Olivares, Regueira, Normandi. ABORTO ESTUDIO CLINICO . PSICOLOGICO. SOCIAL JURIDICO. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. 1973.
6. Documento de F.C.M. de la U.S.A.C., ABORTO ESPONTANEO Y PROVOCADO. LEGISLACION RACIONAL DEL ABORTO EN GUATEMALA. Documento 6.2 Unidad Infecc. Urinaria y hemorragia. 21-7-77.
7. Cuyúm de León, Luis Enrique. INVESTIGACION EN CIEN CASOS DE ABORTO EN EL

HOSPITAL DE AMATITLAN Y ESTUDIO RETROSPECTIVO DE ABORTOS DE L (& 1976. Tesis. USAC. Fac. CC.MM. 1978.

8. Velasquez B. de Sinmeri, Thelma. INCIDENCIA DE ABORTO EN GUATEMALA REVISION DE 200 CASOS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT. Tesis. USAC. F. C.M. 1970.
9. Dr. Jorge Delgada, Dr. Carvajal, Dr. Gómez García VACIAMIENTO UTERINO POR ASPIRACION. Ginecología y Obstetricia de México. Vol 32, Año XXVII Número 194. Diciembre de 1972. Fundada y editada por la asociación Mexicana de Ginecoobstetricia. Revista mensual de la Asociación Mexicana.
10. Drs. Roberto Ahued, Morales Lepe, Rizo Santiago, Kaham Huber. EXPERIENCIA CLINICA DE UN NUEVO SISTEMA DE SUCCION PARA LEGRADO UTERINO. Gineco-obstetricia de México. Vol. 43. Número 260 Junio 1978. Revista mensual de la asociación Mexicana. Fundada y Editada por la Asociación Mexicana de G.O.
11. Drs. Gordillo Fernandez, Hernandez Horta, Soto de León. TRATAMIENTO DE LA INCOMPETENCIA ISTMICO CERVICAL. CRITERIO PARA SELECCIONAR LA TECNICA QUIRURGICA. Ginecoobstetricia de México. Vol. 34.

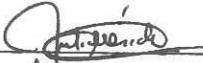
Número 203 Septiembre 1973. Revista mensual de la asociación Mexicana. Fundada y editada por la asociación Mexicana de G.O.

12. Drs. Elizondo Elizondo, González Briseño, - García Martínez Hernandez Ayup, González de León. ABORTO HABITUAL. Gineco-obstetricia de México. Vol. 43. Número 259, Mayo de 1978. Revista mensual de la Asociación Mexicana. Fundada y editada por la Asociación Mexicana de G.O.
13. Drs. López Ortíz, Sandoval Sevilla, Arteaga, Rosas Arceo Ortiz Arrollo. ABORTO SEPTICO EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3 DEL IMSS MORBILIDAD TEMPRANA Y TARDIA. Gineco-obstetricia de México. Vol. 35. Número 208 Febrero de 1974. Revista Mensual de la Asociación Mexicana. (Bis).
14. Dr. J. M. Cantú y Cols. ACTITUD DEL MEDICO ANTE EL ABORTO. Gineco-obstetricia de México. Vol. 37. Mayo de 1975. Revista mensual de G.O. (Bis)
15. Williams. OBSTETRICIA. Salvat. Editores S.A. de México Edición de 1973. Reimpresión 1976.
16. Joachim Ufer. HORMONOTERAPIA EN GINECOOBSTETRICIA. 2da. Edición. Editorial

Alhambra. S.A. Madrid 1965.

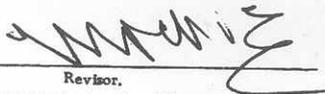
17. Victor Ciniil Montobbio y Col. TRATADO DE GINECOLOGIA Y DE TECNICA TERAPEUTICA GINECOLOGICA. Editorial Labor S.A. 1960
18. Beacham, Daniel W. Beacham, Woodard, GINECOLOGIA. Séptima Edición. Editorial El Ateneo . Buenos Aires.
19. Velásquez Morales, Oswaldo Dagoberto. Estudio sobre la EFECTIVIDAD DE LOS DERIVADOS DEL CORNEZUELO DEL CENTENO EN PACIENTES EN PUERPERIO INMEDIATO. (estudio Prospéctivo de 100 casos 1979 en el Hospital General de Occidente. Tesis.

Br. 
~~Josefina Emeralda de León Argueta.~~

Dr. 
Asesor.

JULIO CESAR FUENTES MÉRIDA
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2528

Dr. Julio Cesar Fuentes Mérida.

Dr. 
Revisor.

Dr. Marco Antonio Chavarras G.
Dr. Marco Antonio Chavarras G.
MEDICO Y CIRUJANO

c. 
Director de Fase III

Dr. HECTOR NUILA

Dr. 
Secretaría

Dr. Raúl Castillo.

Vo. Bo.


Dr. 
Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.