

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES
- III JUSTIFICACIONES
- IV OBJETIVOS
- V DEFINICION DE ABORTOS
- VI GENERALIDADES
- VII TRATAMIENTO QUIRURGICO
- VIII ANATOMIA PATOLOGICA
- IX MATERIAL Y METODOS
- X DATOS ESTADISTICOS
- XI DISCUSION DE RESULTADOS
- XII CONCLUSIONES
- XIII RECOMENDACIONES
- XIV BIBLIOGRAFIA

El aborto es un problema que data desde tiempos inmemoriales, y la humanidad ha padecido y tratado de controlar. Así vemos que en la actualidad en el campo de la medicina, se declaró el problema del aborto como "una enfermedad social" ya que no es solo la persona que la padece, la afectada; sino toda la familia y que dejan secuelas en las mismas; actualmente se sabe que en la república de Guatemala los problemas de salud son los que más repercuten a su población debido a que son producto de factores sociales, económicos y culturales.

Llama la atención también que en el Hospital Regional de Cobán "Helen Lossi de Laugerud", no se haya hecho un trabajo acerca de problemas Gineco-Obstétricos tomando en consideración su alta morbilidad.

El presente trabajo pretende dar a conocer la incidencia del aborto de una manera retrospectiva, durante el año de 1979 y enero de 1980. Se contó para ello con los datos proporcionados por el departamento de Estadística del Hospital, además, los registros médicos y la papeleta de recolección de datos que se adjunta a la presente tesis de graduación.

El propósito fundamental que motivó la realización de esta investigación, es no solo dejar una fuente de información, sino también determinar la incidencia y factores que inciden en el aborto. Además sentar las bases para que se siga investigando sobre la problemática del aborto, que tan hondas repercusiones deja en el aspecto psicobiosocial en los países en vías de desarrollo.

II

ANTECEDENTES

1.- Chang Lau Rafael

Incidencia de abortos en el Hospital San Juan de Dios (Tesis Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Medicina 1962.

2.- Moreno Cambara, Mario René

Aborto Consideraciones (Tesis Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Medicina 1974.

3.- Lira Dardón, Humberto Emidio

Aborto Séptico en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante los años de (1971-1972) (Tesis Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Medicina 1974.

Las justificaciones del estudio de problemas del aborto en el Hospital Regional "Helen Lossi de Laugerud", del departamento de Cobán Alta Verapaz están dadas por la necesidad de conocer la incidencia de abortos, debido a su alta morbilidad en relación con factores socioeconómicos y culturales a efecto de que las autoridades se den cuenta de los problemas Gineco-obstétricos y así de esta forma mejore sus programas de Salud Materno Infantil ya establecidos.

Las enfermedades de mayor importancia en Guatemala, presumiblemente no son los problemas Gineco-obstétricos, pero el verdadero conocimiento de lo que pasa a nivel del departamento de Cobán, Alta Verapaz, podrá darnos en esta forma datos fiables, para así orientar mejor los programas antes mencionados; además en dicho Hospital no se ha realizado ningún trabajo relacionado con este problema.

De esta manera se tendrá la oportunidad de conocer la incidencia de abortos existentes en dicho departamento relacionado con los factores, sociales, económicos, y culturales, comprobando como dichos problemas contribuyen a este tipo de morbilidad.

GENERALES

- 1.- Determinar la mortalidad en pacientes con diagnóstico de aborto en el departamento de Maternidad del Hospital Regional "Helen Lossi de Laugerud.
- 2.- Dejar una fuente de información en el Hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz para futuras investigaciones.

ESPECIFICOS

- 1.- Determinar la incidencia de abortos en el departamento de Maternidad del Hospital Regional Helen Lossi de Laugerud.
- 2.- Determinar que grupo etario y étnico es el más afectado
- 3.- Determinar qué factores inciden en la frecuencia de abortos.
- 4.- Determinar la incidencia de abortos provocados.
- 5.- Determinar que tipo de complicaciones se presenta con más frecuencia.

Definición:

Se llama aborto a toda interrupción es pontánea o provocada del embarazo antes que el producto de la concepción sea viable, es decir, antes de serle posible sobrevivir fuera del claustro materno.

A. Aborto provocado:

- a) Terapéutico
- b) Criminal
- c) Legal

a) Terapéutico:

Es la terminación artificial del embarazo, motivada por una alteración física o mental que pudiera hacer desaconsejable la continuación del embarazo.

Este procedimiento se impone ante el fracaso del tratamiento médico, para conservar la salud de la madre cuando se encuentra en peligro inminente de muerte a causa del embarazo, teniendo en cuenta que el éxito sea seguro; las indicaciones son; cuando existe enfermedades anteriores al embarazo, y con éste se agravan, enfermedades iniciadas con el embarazo que con éste evoluciona a la malignidad, enfermedades propias de la preñez, como hiperhemiesis gravídica, incompatibilidad sanguínea, neoplasias malignas que durante este tiempo tiende a un avance evolutivo.

b) Criminal:

Es la terminación del embarazo sin justificación médico legal. En el cual se interrumpe la evolución del producto de la concepción y es voluntariamente provocado sin prescripción médica que lo indique.

c) Legal:

Es el aborto amparado por la ley, quien teniendo en cuenta razones económicas, eugénicas, sociales o de la natalidad lo autoriza, ésta autorización, sin embargo, tiene que darse a personas preparadas técnica y moralmente.

B. Aborto espontáneo:

- a) Definición
- b) Etiología y Patogenia
- c) Factores Genéticos
- d) Factores Infecciosos

a) Definición:

Es aquel que se efectúa sin el consumo de medicamentos o maniobras personales o ajenas para provocarlo, es decir que se produce por causas ordinarias o normales que pueden suspender la gestación espontánea; por lo general tiene lugar antes del tercer mes de la vida intrauterina.

No puede determinarse con gran seguridad la incidencia del aborto espontáneo ni la del provocado. Los datos sobre el aborto espontáneo son inseguros a causa de: a) La naturaleza no representativa de las poblaciones disponibles para el estudio de diversas regiones del mundo; b) La sub-estimación ocasionada por la falta de diagnóstico del aborto cuando se presenta, el olvido o la comunicación insuficiente entre la mujer y el que la entre vista, y c) La sobrestimación ocasionada por la no tificación errónea de la amenorrea temporal y de los abortos provocados como abortos espontáneos.

Los datos disponibles parecen indicar que una proporción general de 15-20 abortos espontáneos por 100 embarazos puede ser una estimación razonable.

b) Etiología y Patogenia:

Se desconocen las causas últimas del aborto espontáneo y los mecanismos patogénicos que conducen a él. Las categorías principales de determinantes posibles comprenden factores genéticos, infecciosos, físicos y químicos.

c) Factores genéticos:

Constituyen el 50% de dichos problemas, los estudios cromosómicos del tejido embrionario y del embrión y el corion muestran que alrededor del 25% de los conceptos abortados espontáneamente son aneuploides, contra el 2.. 5 % aproximadamente de los obtenidos por aborto provocado y alrededor del 0.5% en el período perinatal. Si bien algunas de las anomalías se observan también entre los neonatos, otras parece ser incompatibles con el desarrollo intrauterino prolongado; por ejemplo, la mayor parte de los conceptos XO se abortan.

d) Factores Infecciosos:

Las enfermedades infecciosas pueden originar el aborto espontáneo por medio de la infección y la muerte del feto o por la iniciación de contradicciones uterinas. Entre las virosis que pueden ocasionar la muerte del feto

figuran la rubeola, que no sólo es la causa de anomalías congénitas específicas sino que aumenta la frecuencia del aborto espontáneo, la citomegalia congénita y la viruela. Otras muchas virosis tales como la hepatitis y la virosis de las vías respiratorias pueden asociarse también con un aumento del aborto espontáneo, pero se conoce peor el mecanismo patogénico, que necesita más estudio.

Se ha indicado recientemente que la infección endocervical (a menudo micoplasma) puede ocasionar abortos durante el segundo trimestre. La tasa de recidivas es alta y se observa con regularidad una inflamación del amnios y del corion. Una característica importante es la uretritis masculina simultánea.

MICROORGANISMOS QUE ATRAVIEZAN LA BARRERA TRANSPLACENTARIA:

Los citomegalovirus y el virus de la influenza, se han aislado en líquido amniótico durante la infección de la madre. El virus de la rubeola fue aislado del líquido amniótico hace 12 años, en el punto máximo de la última epidemia. El herpesvirus constituye un caso especial, pues el paso transplacentario es una vía muy poco común de infección fetal y del neonato por dichos virus, si bien se ha demostrado su presencia en unos cuantos casos perfectamente comprobados. El virus de la poliomielitis se ha aislado de vellosidades placentarias y del meconio de los neonatos, y del líquido amniótico

co se han aislado un antígeno asociado con hepatitis. Apenas los experimentos antiguos demostraron que la inoculación de voluntarios con sangre del cordón originaba hepatitis.

Varios virus han sido excluidos deliberadamente de la lista, por falta de datos que confirmen su paso transplacentario por ejemplo, se han sugerido que el virus de la parotiditis es causa de fibroelastosis endocárdica, pero no hay prueba satisfactoria de que cruce la placenta e infecte el neonato. También se han excluido los virus ECHO, si bien parecen ser agentes infectantes comunes en las salas de cuna del neonato. No hay pruebas satisfactorias de infección transplacentaria por estos microorganismos.

C. CLASIFICACION DEL ABORTO

Los abortos se clasifican según el curso clínico así: a) Aborto inminente, b) Inevitable, c) Aborto en curso, d) Incompleto, e) Completo, f) Difícil, g) Habitual, h) Séptico.

a) Aborto inminente:

Esto no es más que una exageración de los síntomas, como lo son dolores hipogástricos tipo cólico que coinciden con las contracciones uterinas, son dolores intensos y sostenidos con hemorragia abundante y coágulos.

b) Aborto Inevitable:

En dicho aborto comienza a producirse dilatación del cuello uterino, fundamentalmente del orificio interno del mismo, con exageración de los síntomas dolorosa y de la hemorragia. El cuerpo uterino puede palparse intermitentemente contraído; a través del cuello dilatado se puede alcanzar el huevo, cuando las membranas están intactas. Los huevos pequeños pueden desprenderse y quedar retenidos en el cuello antes de expulsarse (Aborto cervical de Schroeder).

c) Aborto en curso: Se dice que es aborto en curso porque hay pérdida del líquido amniótico, no siempre fácilmente visible, en forma de hidrorrea clara o mezclada o alternando en 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 en la zona inferior de la cavidad uterina.

d) Aborto Incompleto:

Esto sucede cuando los restos ovulares no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina, permaneciendo ésta aun 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.

e) Aborto completo:

Es en el cual 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 expulsivos, cesa completa o casi completamente la hemorragia, y la matriz recupera su tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, el que vuelve a presentar su forma normal.

f) Aborto diferido:

Cuando muere el embrión, los productos de la concepción suelen expulsarse en plazo de unas semanas. Aquí nos referimos sólo a esta complicación cuando ocurre en la primera mitad del embarazo; en fecha ulterior entre en la categoría de muerte fetal in útero. Cuando un embrión muerto no es eliminado en plazo de dos meses dicese que hay aborto diferido.

El diagnóstico no es fácil de establecer, pero debe sospecharse cuando una mujer manifiestamente embarazada no presenta signos de crecimiento continuado del útero. Es posible la hemorragia, muchas veces ligera, sucia y maloliente, pero el punto diagnóstico decisivo es la conversión de una prueba de embarazo netamente positiva en netamente negativa. El proceso se caracteriza por actividad espontánea limitada del miometrio, baja sensibilidad a la oxitocina y afibrinogenemia. Es posible una hemorragia grave después de una intervención quirúrgica, por atonía del útero o por defecto de coagulación.

g) Aborto Habitual:

Configura un problema complejo y desalentador. Su repercusión psíquica es más dramática que la misma esterilidad, y que ésta si bien se opone a la concepción, no hace abrigar vanas esperanzas.

La posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto anterior es del 78%; Después de dos abortos, del 67%, y luego del tercer aborto, del 25%. Es después de tres fracasos anteriores sucesivos que el caso es catalogado como de aborto habitual. En su etiología pueden gravitar numerosas causas que deben ser estudiadas para evitarlo:

a) Factores que afectan los genes, cromosomas o las gametas (estudio del semen del esposo), b) Factores carenciales, es decir, deficiencias nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas, hipovitaminosis, deficiencia de minerales etc.). c) Enfermedades crónicas; d) Modificaciones endocrinas, e) Anomalías anatómicas tales como las congénitas (útero bicorne, etc.), los fibromas submucosos, la esclerosis.

h) Aborto Séptico:

Es cuando una paciente embarazada con aborto completo o incompleto o frustrado con temperatura superior a 37.8° C. y hallazgos clínicos de infección.

VII

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Legrado instrumental o curetaje:

La intervención debe ser ejecutada bajo anestesia general o local regional, observando, todas las reglas de la asepsia usuales en cirugía. Se coloca un espéculo o valvas y se prende el labio anterior del cuello con una pinza de garfios. A veces la dilatación cervical es suficiente para la introducción de la cureta (se usarán curetas de cordes romos, de tamaño variable). En caso contrario se procederá a la dilatación artificial, preferentemente con bujías de Hegar. Previamente es aconsejable explorar con un histerómetro el útero, para orientar la dirección y longitud. La cureta se lleva hasta el fondo del útero y se retira, raspando hacia el cuello. De ésta manera se recorre la cara anterior; después, la posterior, los bordes y los ángulos uterinos. El estallido de las membranas produce salida de líquido amniótico claro y el desprendimiento de la placenta hace salir sangre. Una vez eliminado el huevo, la cureta dará la sensación particular del contacto con la pared del útero. El clásico "quejido uterino" no se debe buscar ni provocar, pues la cureta es un instrumento abrasivo que puede causar complicaciones. Estas complicaciones pueden ser amenorreas o esterilidad secundaria.

Legrado por Aspiración:

El método consiste en previa anestesia y demás cuidados. Se dilata el cuello con bujías de Hegar, pero sin sobrepasar los números 10-12. Se introduce entonces en el útero una cánula especial de plástico número 8 a 12 de punta roma y cerrada ligeramente angulada, y con un amplio orificio lateral a través del cual se lleva a cabo la aspiración. Una bomba aspirante eléctrica conectada a la cánula provee un vacío regulable. Introducida la cánula hasta el fondo uterino, se inicia la aspiración entre 0.4 a 0.6 atmósferas. El contenido uterino es evacuado por movimientos de introducción y retroceso y de rotación sobre el eje de la cánula, que ponen su extremo en contacto con toda la pared uterina, desprendiéndose el huevo y la decida en su totalidad.

Legrado digital o curaje:

Este procedimiento es ejecutable cuando el cuello se encuentra bastante dilatado y la cavidad uterina es amplia.

La mano izquierda del operador fija sólidamente el cuerpo del útero a través de las paredes abdominales, tratando de descenderlo. El índice, si fuera posible también el dedo medio de la mano derecha, penetra o penetran a través del cuello entreabierto, con el objeto de ponerse en contacto con la parte más accesible del huevo, buscando el sitio de su inserción y el desprendimiento gradual de todas las vellosidades. Comunmente el legrado instrumental debe completar esta intervención.

Técnica de examen de los anexos fetales:

Las condiciones para el examen del cordón, placenta y membranas de gran importancia para obtener un adecuado material para un análisis microscópico.

Para el estudio de rutina se sigue el siguiente procedimiento después de medir la longitud total del cordón que se hace durante o después de ambas ligaduras que permite la circulación de la sangre entre vasos corioalantoideos, la placenta es pesada y limpiada de sangre y coágulos adheridos en la superficie fetal. El cordón es cortado a 10 cms de la inserción de la placenta y las membranas deben medirse la distancia entre la inserción del cordón y la superficie (Basal).

Cualquier sospecha de zona anormal o de las membranas debe estudiarse por separado cortando fragmentos de 1 a 5 centímetros de tamaño, luego debe fijarse inmediatamente en formol al 10% de solución de Boudina. La placenta y el cordón debe fijarse en su totalidad el 10% de formalina.

Antes de fijarse la placenta debe medirse y examinarse, descubrirse en sus características de aspecto, consistencia, inserción del cordón, características del cordón, números de vasos, dirección de vueltas o helicoidal, aparición de superficie fe

tal y placenta. La placenta debe seccionarse en fragmentos de 1 centímetro y la distancia entre la plataforma carionica y la basal debe ser anotada en el protocolo.

Lesiones macroscópicas:

Encontrados al momento de contar la placenta (infartos agudos o crónicos, trombos intravellosos, lesiones isquémicas y necrosis deben ser puestos para estudio microscópico. Debe ponerse además un fragmento que tome todo el espesor de la placenta desde el plato basal hasta el cariónico, en la longitud del axis y un fragmento del tercio basal de la región central de la placenta. Estos fragmentos deben ponerse para estudio histológico-.

Protocolo microscópico:

Al tiempo del dictado microscópico debe seguirse orden sistemático en el que descubren sucesivamente: plato corionico, plato basal, y vasos, espacios intervellosos, tramo vellosos y finalmente las vellosidades. El cordón y la membrana debe describirse subsecuentemente.

El material es obtenido de un aborto, el estudio debe examinarse bajo un microscopio de disección.

Si consiste en un saco amniótico intacto:

Lo primero es medirlo para indicar la edad probable, las más fielmente posible del huevo. El saco cariónico debe disecarse en ausencia o presencia de cavidad amniótica. Si está presente el feto debe ser indicada después. Si está presente el feto debe examinarse completamente para determinar su edad comparándolo con fetos de edad conocida. El patólogo puede distinguir fetos de varios tipos: nodular, (en el cual lo cefálico o caudal no pueden ser diferenciados) Cilíndricos (en donde solo es posible distinguir la extremidad cefálica, atrófico usualmente el tamaño del feto no corresponde al tamaño del saco amniótico y finalmente macerado pero anatómicamente normal.

Debe medirse las tallas, craneocaudal o el largo de las extremidades finalmente el desarrollo y distribución de las vellosidades coriónicas que son observados (diferencia entre corion leve o corion frondoso o hipodesarrollado.).

Si el material consiste en ruptura al saco amniótico y el feto está presente debe examinarse.

Si en cambio no está presente el Patólogo debe determinar si es una ausencia primaria o por virtud ausencia de los remanentes foliculares o vasos corioalantoideos radiales desde el sitio de inserción.

Si consiste en restos de curetaje o debidamente, debe buscarse los restos foliculares o de fetos y si es posible la presencia de vellosidades

coriales o de hidrópicos o molar deben ser anotados y descritos.

Si el espécimen consiste en un aborto tardío el producto debe ser examinado como si fuera concepto viable. Si es posible debe enviarse para estudio citogenético.

El tejido debe manejarse con cuidado y cultivarse y si las piezas no identificables es necesario eliminarlos (describir tejido mal preservado y material ovular correspondiente a fetos de más de 3 meses de desarrollo, de hecho la presencia de anomalías cromosómicas en estos casos es remota.

PATOLOGIA DEL ABORTO

El estudio de la patología del material ocular espontáneo o probable aborto espontáneo se dificulta por varias razones.

Dificultades en el estudio del material ovular.

El feto o embrión es a menudo muy y cuando el saco amniótico está roto, en alguna instancia, imposibilita conocer si ésta ausencia es primaria o no.

El origen del aborto espontáneo:

Debe siempre ser cuestionado, y la patología tiene que descartarse la primer iatrogenia natural de las lesiones trofoblásticas observadas.

Conocimiento de la duración exacta de la gestación

Y acerca de todos los intervalos de tiempo entre el embrión o feto muerto y la expulsión de material ovular, es usualmente impreciso. Ahí con restos ovulares puede exhibirse, la adición de lesiones responsables de la muerte embrionaria o fetal. La alteración histológica que son únicamente a esta muerte. La distinción entre la lesión ovular primaria y secundaria es prerequisite esencial a alguna interpretaciones de las lesiones ovulares encontradas en abortos.

Las contracciones uterinas:

La hemorragia que acompaña el aborto completo o incompleto del corion y la inflamación subsecuente o infiltrado infeccioso en la decidua del tejido trofoblástico produce cambios histológicos de alguna patología significativa.

Los abortos son usualmente subdivididos en formas subclínicas y clínicas. Las formas usualmente no diagnosticados por la clínica ocurren du-

rante la fase ovular en desarrollo, antes de 6 semanas de edad gestacional o antes de 4 semanas de edad. Usualmente es fácil diagnosticar clínicamente, más adelante se subdivide en aborto temprano (ocurren durante la fase embrionaria de desarrollo entre 6 y 10 semanas de edad gestacional) y aborto tardío (ocurre durante la fase fetal de desarrollo, i.e. entre 10 y 28 semanas de edad gestacional). De acuerdo a la longitud de gestación, el feto expelido es llamado no viable o previo. Estas definiciones tienen algún interés clínico: abortos espontáneos tempranos, usualmente son expelidos en su totalidad; los abortos tempranos ocurren más frecuentemente en dos estadios (primero expulsión del feto después de ruptura de membranas y más tarde expulsión de membranas). Además como veremos más adelante, los mecanismos responsables de la interrupción prematura del embarazo generalmente son diferentes para el aborto temprano y el tardío.

La mayoría de los abortos espontáneos clínicos ocurren entre la 6 y 21 semanas. Es de interés de hacer notar que el período de frecuencia máxima de aborto no coincide con la fase embrionaria de desarrollo. Esta discrepancia solo es aparente porque la evidencia histológica sugiere que la expulsión del material ovular ocurre usualmente entre 4 y 8 semanas después de la muerte del embrión o después del tiempo establecido de una circulación funcional corio-embrión, si esa suposición es cierta la mayoría de abortos espontáneos están probablemente relacionadas en el estadio del desarrollo del embrión.

ESTUDIO MACROSCOPICO DEL MATERIAL

OVULAR EN ABORTOS ESPONTANEOS CLINICOS

El material ovular obtenido puede clasificarse siguiendo el método de MALL y MEYER en más grupos:

Grupo I

El material examinado solo consiste en de Villi normal o anormal, o sea este grupo constituye, aborto incompleto y más particularmente restos obtenidos por curetaje.

Grupo II

Consiste en saco coriónico vacío sin el amnios ni el embrión.

Grupo III

Comprende el saco coriónico con un saco amniótico pero sin el embrión. Estos sacos usualmente son expulsados intactos pero si están rotos el Patólogo debe convencerse de la ausencia primaria del embrión por la ausencia de restos de cordón y de vasos corioalantoideos e irradiándose de la inserción del cordón.

Grupo IV

Este grupo incluye los sacos coriónicos con una cavidad amniótica que un embrión nodular, una masa embrionaria no formada (debe ser diferenciada de vestigios de un cordón umbilical macerado, ejemplo, de una saco abierto contuvo un embrión.

Grupo V

Esta clasificación es constituida por cavidades amnióticas constituidas por embriones cilindricos (embriones de los cuales la cavidad cefálica es reconocible.

Grupo VI

Este grupo consiste en que hay en la cavidad amniótica un embrión más pequeño del que se esperaba según la edad gestacional. Una o más posiciones del embrión puede estar atróficas o degenerado el embrión, generalmente no está macerado.

Grupo VII

Este grupo clasifica a otros los sacos de la corión que contiene un embrión anatómicamente normal pero está macerado. El espécimen casi siempre se presenta opaco, y grueso infiltrado, con sangre coagulada, la porción más gruesa a la placenta, con tiene color amarillo o rosado bajo una tensión leve y un feto macerado.

ESTUDIO MICROSCOPICO DE MATERIAL

OVULAR EN ABORTO ESPONTANEO CLINICO

El estudio microscópico del espécimen ovular de los abortos espontáneos clínicos puede algunas veces ser importante la información de la patogénesis del aborto, cuando las lesiones histológicas que pueden ser relativamente razonable en los procesos patológicos responsables de la muerte embrionaria ofetal.

Esto en el caso cuando el Patólogo descubre algunas de las siguientes:

Lesiones específicas infecciosas:

Nodulos, toxoplasmosis cística, inclusiones virales en casos de rubeola, o enfermedad de inclusión citomegálica.

Cordón amniocoriónico mesoblástico:

El cual parece estar asociado con triploide.

Displasia primaria trofoblástica:

La displasia primaria trofoblástica (mola hidatidiforme, corioadenoma destruens y coriocarcinoma) son potencialmente malignos, ocurre usualmente pero no necesariamente en la ausencia de un embrión; en los casos raros en el cual un embrión o feto está presente, esta displasia.

Hematoma de la decidua basal:

El hematoma de la decidua basal, por ruptura de la placenta uterina, arterias en espiral antes de la muerte del embrión o feto, son observados en 3 a 5% de los casos de abortos espontáneos clínicos; ellos deben distinguirse de la disección de hematomas frecuentes del plato basal durante el desprendimiento de la placenta, el desprendimiento causado por las contracciones uterinas después de la muerte fetal o embrión.

Los siguientes rasgos son característicos del hematoma de la decidua basal primaria.

La lesión está bien circunscrita y la depresión de la superficie materna de la placenta. La lesión es acompañada por infartos agudos en el tejido vellosos circundante.

En la placenta podemos encontrar otra lesión macroscópica localizada causada por una interrupción de la circulación materna (aguda, sub-aguda o infartos crónicos).

Las arterias de la placenta uterina en la vecindad del hematoma puede existir cambios ateroscleróticos.

Lesión secundaria de muerte fetal o embrión:

Desgraciadamente, el estudio microscópico del espécimen ovular de abortos espontáneos clínicos a veces no permite que el patólogo, traiga o defina conclusiones concernientes al origen del aborto. A

demás de las lesiones mencionadas la frecuencia de corion exhibe lesiones no específicas, que son secundarias a la muerte fetal o embrión, son exactamente el mismo como los observados en la placenta uterina del origen extraplacentario. Estas lesiones son relatadas por causa de muerte pero mayormente determinadas por la duración de la retención uterina. Ellos son observados en otro tejido vellosos (estroma, vasos, trofoblasto) o en el plato basal.

Lesiones Vellosas:

Las modificaciones del estroma vellosos consiste mayormente de las siguientes:

Degeneración hidrópica:

Solamente la acumulación de líquido en el estroma vellosos siguiendo el resto de la circulación del embrión o feto. Este cambio puede manchar, o puede verse en todos los casos de quemadura.

Microhidatidiforme o degeneración submolar.

Consiste en la degeneración hidrópica del estroma vellosos, desaparición de los vellos capilares, y algunas formas de proliferación trofoblástica. Esta proliferación puede más o menos extenderse, y en algunas veces indistinguible debajo del microscopio de la verdadera degeneración hidatidiforme. La frecuencia de los cambios submolar en el aborto espontáneo, varios autores acordaron 6.8 y 50%, figuraron entre 20 y 30 por ciento, existen más reportados. De algún interés es en efecto que

Los cambios microhidatiformes ocurren más frecuentemente cuando el embrión está ausente o atrófico que cuando el embrión está aparentemente normal.

Hiálinización - Sclero.

En acerca de 50 por ciento de especímenes ovulares el estroma veloso muestra otro tipo de cambio degenerativo, el cual se describe debajo de varios nombres: degeneración hialina, collagenosis, etc.

Nosotros clasificamos estas alteraciones en cuatro tipos, de acuerdo a su apariencia histológica, su propiedad histoquímica, y su coincidencia con la degeneración progresiva de otras estructuras velosas (vasos, trofoblasto) durante la retención ovular, después de la muerte embriónica o fetal.

Tipo I

Se caracteriza por la presencia del centro de axis, de una sustancia fibrilar, se colorea de verde en la coloración tricrómica de MASSON PAS-POSITIVO y no metacrómico Villi con el tipo I con cambios mesenquimatosos tipo I son vascularizados y ricos en células de Hofbahuer, las células de Hofbahuer se identifican por sus contornos ovales citoplasma vacuolado obscuro y núcleo de forma variable han sido caracterizados como macrofagos, con una capacidad extraordinaria de ingestión de fluidos y pueden participar en la extracción de proteínas del fluido intersticial.

Tipo II

Es caracterizado por la aparición de Villi y su hidrópico o muscular de una red fibrilar teniendo la misma propiedad histoquímica como la sustancia fibrilar del tipo I. El núcleo de las células residuales del estroma son picnoticas. El Villi del tipo II es avascular pero puede existir pocas células de Hofbahuer.

Tipo III

Es definido por la completa restitución del estroma viloso por la sustancia hialina que demuestra una gama variable de metacromacia, e s t a sustancia hialina no contiene vasos ni células de Hofbahuer pero si algún núcleo picnotico.

Tipo IV

Se caracteriza por la ausencia de todas las capas histológicas, el trofoblasto en si está completamente degenerado y láminas de fibrina se depositan alrededor del Villi. El trofoblasto en un 7 por ciento demuestra una tendencia de proliferación dando origen a cuadros pseudoplásicos. Esta proliferación trofoblástica puede ser sincitial o citotrofoblástica en el primer caso la proliferación trofoblástica puede ocurrir dentro del estroma veloso con botones trofoblásticos tipo estroma también puede desarrollar dentro de los espacios intervallosos como botones altamente vacuolados y anárquicos. Un hallazgo muy común en los abortos espontáneos tardíos es la aparición de una proliferación trofoblástica extensa de células recurrentes citotrofoblásticas o células X casi siempre

acompañados por deposiciones fibrinoides abundantes. El núcleo de estas células X exhiben hallazgos pseudoneoplásicos: son pleomórficos casi siempre gigantes con contornos irregulares ásperos y cromatinas ásperas. De nuevo no sabemos en este momento el grado de malignidad de esta lesión, pero tenemos la tendencia de pensar que en este caso los cambios nucleares son más probablemente del resultado de un problema degenerativo más que una indicación de una transformación maligna.

LESIONES DEL PLATO BASAL.

Además de los hematomas de la decidua que resulta de la separación del óvulo durante la contracción uterina, otras lesiones frecuentemente observadas de la decidua basal son grupos arteriales dilatados y trombosados (18.5%) y foscas de los leucocitos polimórficos en un 22.2% de los casos. Esta endometritis decidual es casi siempre solo una reacción inflamatoria aséptica por necrosis de tejidos deciduales y no debe ser al no demostrar bacterias la causa del aborto. Finalmente es importante recordar que la decidua basal y el miometrio son normalmente, durante el primer trimestre del embarazo, el sitio de invasión masiva de células gigantes migratorias, cuyos orígenes trofoblásticos es ahora aceptado generalmente. Estas células mono o multinucleadas o citoplasma basófilo se infiltra dentro de las paredes de las arterias espirales (útero coriónico o un útero placentario) y puede ocasionalmente formar inclusiones celulares

dentro de la lumen de estos vasos placas de la invasión trofoblásticas de la decidua basal que se observa ovular de abortos idénticos a los que se observan materiales de aborto terapéutico y a veces se escriben como endometritis sincitial, no tiene significado patológico. Debe ser naturalmente o debe distinguirse de hallazgos similares asociados con el desarrollo de molas invasivas al coriocarcinoma. En resumen el patólogo puede en casi del 50 por ciento de los casos conocer la causa o por lo menos uno de los factores patogénicos predisponentes de la interrupción del embarazo (anomalías obvias del embrión, ausencia de embrión, etc.)

El embrión aparece normal puede terminar su edad, su desarrollo y al mismo tiempo la duración de vida fetal en útero.

La aparición de Villi placentario le permite al patólogo decir si el aborto fue expulsado netamente de muerte fetal o después de un tiempo determinado. Este dato tiene mucha importancia. Descubrimiento de una mola hidatidiforme a displasia trofoblástica y la determinación del grado de proliferación constituye para el clínico un aviso de una posible degeneración, coriocarcinoma subsecuente.

LA CORRELACION ENTRE MORFOLOGIA Y

COTIGENETICA EN ABORTO ESPONTANEO TEMPRANO

Durante los últimos años gracias a los estudios de Carl y de Philip y Boue se ha demostrado u

na incidencia del 60% de aberraciones cromosomáticas en abortos espontáneos tempranos estas anomalías cromosómicas son de orden descendiente de frecuencia primera trisomías, triploide monosmía, tetraploide, anomalías estructurales, En los abortos que consisten de un saco gestacional vacío, hay un cariotipo patológico en casi el 50% de los casos. Este cariotipo consiste en ya sea en la trisomía E y C ó tetraploide. En la práctica, el patólogo debe saber determinar con gran probabilidad la mayoría de las anomalías cromosómicas teniendo en cuenta los hechos anteriormente dichos. En la Trisomía D 13, el hallazgo característico es una fusión de la línea media, por ejemplo (Paladar hendido de la cara del feto). En triploides se observa usualmente degeneración submolar o microhidatiforme con la presencia de numerosas invaginaciones intravellosas trofoblásticas. Finalmente en la monosmía X se puede observar ya sea una vesícula coriónica que contiene solo el tronco del cordón umbilical con un hematoma subcorial y a veces amniodosum, o un feto con higromas císticos cervicales bilaterales.

El presente es un trabajo retrospectivo, y se realizó tomando en cuenta todos los egresos diagnosticados como abortos en el departamento de Maternidad del Hospital de Cobán, Alta Verapaz durante el año de 1979 y enero de 1980.

El muestreo y cómputo se realizó con la revisión de 165 registros clínicos del departamento de Maternidad. Se aplicó una papeleta de recolección de datos para la tabulación del mismo.

El contenido de la papeleta comprendió:

Datos generales: Edad, sexo, procedencia, grupo étnico, estado civil, escolaridad, profesión u oficio.

Motivo de consulta:

Antecedentes: Gineco-obstétricos, médicos, quirúrgicos y traumáticos.

Tratamiento: Médico y quirúrgico.

Laboratorios: Hemoglobina, hematocrito, grupp-Rh, orina, Anatomía Patológica.

Tiempo de estancia hospitalaria:

Metodología:

- 1.- Estudio de la demanda espontánea a los departamentos de Emergencia y Maternidad.
- 2.- Revisión de registros clínicos en pacientes ingresados al departamento de Maternidad con impresión clínica de aborto.
- 3.- Recolección y tabulación de datos.

RECURSOS:

Materiales:

- 1.- Departamento de Maternidad
- 2.- Departamento de Estadística
- 3.- Boleta para recolección de datos
- 4.- Biblioteca de la Universidad de San Carlos
- 5.- Laboratorio de Patología del Hospital General San Juan de Dios
- 6.- Registros médicos.

Humanos:

- 1.- Personal médico
- 2.- Personal del departamento de Maternidad
- 3.- Personal del departamento de Estadística
- 4.- Personal de Laboratorio de Patología del Hospital General San Juan de Dios
- 5.- Personal de la Biblioteca de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

X

DATOS ESTADISTICOS

Tabla No. 1

CLASIFICACION DE ABORTO

	Casos	%
Aborto incompleto	139	84.24
Aborto completo	24	14.54
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

Como se puede observar en la tabla anterior el aborto incompleto fue el que más afectó a las pacientes que acudieron al Hospital correspondiéndole un 84.24% le continúa el aborto completo con un 14.54%.

Tabla No. 2

CLASIFICACION DE ABORTO INCOMPLETO SEGUN EDAD GESTACIONAL

	Casos	%
Aborto incompleto ovular	2	1.43
Aborto incompleto embrionario	37	26.61
Aborto incompleto fetal	55	39.56
*No clasificados	45	32.37
Total	139	100.00

La tabla demuestra que el aborto incompleto fetal fue el que más afectó a las pacientes el cual le corresponde un 39.56% le continúa un 32.37% de los registros médicos.

Tabla No. 3

CLASIFICACION DE ABORTO COMPLETO SEGUN EDAD GESTACIONAL

	Casos	%
Aborto completo ovular	0	00.00
Aborto completo embrionario	4	16.66
Aborto completo fetal	13	54.16
*No clasificados	7	29.16
Total	24	100.00

Esta tabla demuestra que de 24 casos de aborto fetal, 13 son completos el cual le corresponde un 54.16% continuándole un 29.16% de los que no fueron clasificados en los registros médicos.

Tabla No. 4

EDAD DE EMBARAZO POR ULTIMA REGLA

	Casos	%
0 14 días	2	1.21
14 días 9 semanas	41	24.84
9 semanas 28 semanas	68	41.21
No clasificados	52	31.51
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

La edad de embarazo que más afectó a las pacientes que consultaron al Hospital por aborto fue entre la 9 - 28 semanas, el cual le corresponde un 41.21% le continúan entre 14 días - 9 semanas al cual le correspondió un 24.84 %.

Tabla No. 5

GRUPO ETARIO

	Casos	%
11-15	3	1.81
16-20	26	15.75
21-25	40	24.24
26-30	42	25.45
31-35	28	16.96
36-40	16	9.69
41-45	6	3.63
46-50	2	1.21
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

El siguiente cuadro nos muestra que la edad más afectada, es la que corresponde a los 26-30 años con un 25.45 % continuándole entre los 21-25 años con un 24.24%.

Tabla No. 6

MOTIVO DE CONSULTA

	Casos	%
Hemorragia vaginal	153	81.38
Dolor abdominal	16	8.51
Dolor de cintura	3	1.59
Otros	14	7.44
Sin registro médico	2	1.21
Total	188	100.00

El síntoma más frecuente por el que acudió la paciente al Hospital fue el de hemorragia vaginal que le corresponde un 81.38% luego le sigue dolor abdominal con un 8.51%.

Tabla No. 7

PARIDAD		
	Casos	%
Múltiparas	104	63.03
Primiparas	21	12.72
Nulíparas	21	12.72
Sin datos obstétricos	17	10.30
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

La tabla muestra que las múltiparas fueron las más afectadas con un 63.03% igualmente le continúan las primigestas y las nulíparas con un 12.72%.

Tabla No. 8

PROCEDENCIA		
Lugar	Casos	%
Alta Verapaz	140	84.84
Zacapa	1	0.60
Quiché	3	1.81
Baja Verapaz	10	6.06
Tiquizate	1	0.60
Progreso	1	0.60
San Salvador	1	0.60
Retalhuleu	1	0.60
Totonicapán	1	0.60
Chiquimula	1	0.60
Jutiapa	1	0.60
Petén	1	0.60
Guatemala	1	0.60
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

El cuadro nos muestra que los pacientes que más acudieron al hospital proceden del departamento de Alta Verapaz, el cual le corresponde un 84.84%. Luego le continúan de Baja Verapaz el cual le correspondió un 6.06%.

Tabla No. 9

PROCEDENCIA		
Lugar	Casos	%
Alta Verapaz	63	45.00
Santa Cruz	5	3.57
Senahú	9	6.42
Cahabón	2	1.42
San Juan Chamelco	4	2.85
San Cristobal	10	7.14
Carchá	22	15.71
Tactic	9	6.42
Chisec	1	0.71
Chahal	2	1.42
Lanquín	2	1.42
Tucurú	6	4.28
La Tinta	3	2.14
Panzos	1	0.71
Pantic	1	0.71
Total	140	100.00

El cuadro nos muestra que los pacientes que más acudieron al hospital Helen Lossi provienen del departamento de Alta Verapaz, se hace esta nueva tabla para que se den cuenta de los lugares del cual procedían los pacientes.

Tabla No. 10

GRUPO ÉTNICO		
	Casos	%
Ladino	61	39.96
Indígena	60	36.36
Ignorados	42	25.45
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

El grupo étnico que más acudió al Hospital fué el ladino y le corresponde un 36.96% le sigue la raza indígena con un 36.36%. Aunque hay que hacer notar que en los registros médicos no se describieron los grupos étnicos en 42 casos el cual le corresponde un 25.45%.

Tabla No. 11

ESTADO CIVIL		
	Casos	%
Casada	79	47.87
Soltera	21	12.72
Unida	63	38.18
Sin registro Médico	2	1.21
Total	165	100.00

El estado civil que más afectó a las pacientes fue el de casada el cual le corresponde un 47.87% y la menos afectada fue el de soltera que le correspondió un 12.72%.

Tabla No. 12

PROFESION U OFICIO

	Casos	%
Domésticos	148	89.69
Modista	3	1.81
Auxiliar de contabilidad	1	0.60
Secretaría Comercial	3	1.81
Maestra de Educación	4	2.42
Negociante	1	0.60
Mesera	2	1.21
Enfermera Auxiliar	1	0.60
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

Las pacientes más afectadas fueron las de ocupación domésticos con un 89.69% luego le siguen las de maestra de Educ. que le correspondió un 2.42%.

Tabla No. 13

TRATAMIENTOS

MEDICO

	Casos	%
A.S.A. y Ergotrate	88	53.33
Sin tratamiento	36	21.81
Ergotrate	23	13.93
Penicilina procaína	12	7.27
Cloranfenicol	4	2.42
Transfusiones	4	2.42
A.S.A.	1	0.60
Tetraciclina	1	0.60
Sin registro médico	2	1.21

Entre los medicamentos más utilizados están Ergotrate y/o A.S.A. correspondiéndole un 53.33 % Poca incidencia de antibióticos el cual la penicilina procaína le corresponde un 7.27% y a Cloranfenicol 2.42%.

Tabla No. 14

QUIRURGICO		
	Casos	%
Legrado uterino instrumental	139	84.24
No legrado uterino instrumental	24	14.54
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

El tratamiento quirúrgico que más recibió la paciente en el hospital fue el de Legrado uterino instrumental (curetaje) el cual le corresponde un 84.24% siendo esto el 100% de los abortos incompletos y sin Legrado uterino instrumental con un 14.54%.

Tabla No. 15

HEMOGLOBINA		
	Casos	%
Alto	14	8.48
Normal	50	30.30
Bajo	88	53.33
No se efectuaron	11	6.67
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

Se tomó como normal la hemoglobina de 12-14 gramos. Se puede observar que la hemoglobina que más afectó a las pacientes a su ingreso fue de bajo de lo normal correspondiéndole un 53.33%, continuándole el normal con 30.30%.

Tabla No. 16

GRUPO SANGUINEO		
	Casos	%
A	17	10.30
B	4	2.42
AB	3	1.81
No se efectuaron	27	16.36
O	112	67.87
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

De los pacientes que acudieron al hospital, el grupo sanguíneo más presentado fue el tipo "O" que corresponde un 67.87%, y el que menos se registró fue el tipo AB que le correspondió un 1.81%.

Tabla No. 17

	Casos	%
Rh positivo	133	80.61
Rh negativo	3	1.81
No se efectuaron	27	16.36
Sin registro médico	2	1.21
Total	165	100.00

En la tabla anterior se demuestra que el Rh positivo es el más frecuente presentado con un 80.61% le continúa un 16.36% de los casos que no se les efectuó dicho laboratorio por no haber reactivado en dicho Hospital.

Tabla No. 18

ANATOMIA PATOLOGICA

	Casos	%
Vellosidades coriales	2	1.21
Hiperplasia gestacional	2	1.21
Decidua necrótica y vellosidades coriales	31	18.78
Decidua necrótica y hemorragia	2	1.21
Decidua necrótica e inflamación aguda	7	4.24
Decidua, hiperplasia gestacional y trofoblasto	1	0.60
Decidua e hiperplasia gestacional	5	3.03
Decidua necrótica	4	2.42
Decidua necrótica y vellosidades coriales con inflamación aguda	3	1.81
Mola hidatidiforme	4	2.42
Coriocarcinoma	1	0.60
Vellosidades coriales hialinizadas	1	0.60
Decidua necrótica y vellosidades coriales con inflamación aguda supurativa	1	0.60
Decidua necrótica y trofoblasto	1	0.60
Endometrio gestacional, decidua necrótica y vellosidades coriales	1	0.60
Decidua necrótica con hiperplasia gestacional e inflamación aguda superimpuesta	2	1.21
Decidua necrótica con inflamación aguda superimpuesta	2	1.21
Decidua necrótica y vellosidades coriales endometritis	2	1.21
Decidua necrótica h hiperplasia gestacional	1	0.60
Sin anatomía patológica	90	54.54
Sin registro médico	2	1.21
Total	<u>165</u>	<u>100.00</u>

continuación de la Tabla No. 18...

En la tabla anterior podemos observar que a las pacientes que acudieron al Hospital al 54.54% no se les efectuó el laboratorio de Anatomía Patológica, continuándole un 45.46% a las pacientes que les fue efectuado.

La incidencia del aborto que se estudia en el presente trabajo realizado en el Hospital "Helen Lossi de Laugerud" del departamento de Cobán, Alta Verapaz, se estudia además la demanda espontánea a la Emergencia y al departamento de Maternidad, e s únicamente una muestra de la realidad de Guatemala.

En la presente investigación podemos observar que el aborto incompleto fue el diagnóstico que con mayor frecuencia se presentó correspondiéndole un 84.24%.

En relación al aborto incompleto fetal y el aborto completo fetal, según la edad gestacional por última regla fueron los más afectados, y la edad de embarazo por última regla entre la 9-28 semanas fué la más afectada correspondiéndole un 41.21%, aunque hay que hacer notar que hay 52 casos no clasificados, los cuales no fueron especificados en los registros médicos, debido a que no fueron dados por las pacientes, es de hacer ver que por el grado cultural de las pacientes que acuden al Hospital, muchas no lo recuerdan o no lo saben.

La edad más afectada le correspondió a las comprendidas entre años, aunque hay que hacer ver que el problema del aborto puede ocurrir en cualquier edad ya que es producida por múltiples factores. El motivo de consulta por el que más acudieron las pacientes al Hospital fué el de hemorragia vaginal que le correspondió un 81.38%, el cual nos

demuestra que es la sintomatología más frecuente y elocuente en el problema del aborto.

Según la procedencia las pacientes que más acudieron al Hospital le correspondió al departamento de Alta Verapaz con un 84.84%, el cual es reflejo de donde proceden dichas personas.

Con respecto a la paridad la más afectada fue el de multíparas que le corresponde un 63.03%.

El grupo étnico más afectado fue el ladino seguido del indígena con 39.96% y 36.36% respectivamente; en esta ocasión se puede observar que a 42 pacientes no se les especificó en los registros médicos.

El estado civil que corresponde al de casadas fue el 47.87% y la profesión de oficios domésticos le correspondió un 89.69%, lo cual indica que son personas dedicadas a oficios propios de su hogar.

Las pacientes que recibieron tratamiento médico fue el de S.A.S. y Ergotrate el cual le corresponde un 53.33%, aunque hay 36 casos de pacientes que no lo recibieron.

El tratamiento quirúrgico fue practicado en 139 pacientes el cual le corresponde un 84.24% y a las que no lo recibieron le corresponde un 14.54%.

La hemoglobina que presentaron las pacientes a su ingreso al hospital fue de bajo de lo normal, el cual le corresponde un 53.33% tomando como normal de 12-14 gramos %. El grupo sanguíneo mayormente presentado fue el tipo "0" con un 67.87% conti-

nuándole el tipo "A" con un 10.30%.

El Rh más presentado fue el positivo con un 80.61% continuándole un 16.36% a las pacientes que no se les efectuó dicho laboratorio por no haber reactivos en el Hospital.

A las pacientes que ingresaron al Hospital les fue practicado el laboratorio de Anatomía patológica a 73 pacientes el cual le corresponde un 45.25%, también a 90 casos no les fue hecho dicho laboratorio correspondiéndole un 54.54%.

Dentro de las complicaciones presentadas mayormente se encuentra el de aborto séptico con un 4.84% continuándole Mola Hidatidiforme con un 2.42%.

No se pudo demostrar que factores inciden en la frecuencia de abortos, ni se pudo determinar la incidencia de abortos provocados, debido a que en los registros médicos las pacientes no refirieron datos importantes ni antecedentes previos de traumatismos, que pudieran determinarlo.

Siendo esta una parte de la realidad de nuestro país, la solución es que los programas de Materno Infantil ya establecidos se cumplan a cabalidad y así podremos tener una menor incidencia de este tipo de problemas que repercuten en nuestra sociedad.

DATOS GENERALES

Edad: _____ Sexo: _____ Procedencia: _____
Grupo étnico: _____ Estado Civil: _____
Escolaridad: _____ Profesión u oficio: _____
MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES:

Médico: _____
Quirúrgico: _____
Traumático: _____
Gineco-Obstétricos: _____
UR: _____ G: _____ P: _____ Ab: _____ Cesáreas: _____
Hijos vivos: _____ Hijos muertos: _____

CLASIFICACION DE ABORTO:

Aborto incompleto: _____ Aborto completo: _____
Aborto habitual: _____ Aborto diferido: _____
Aborto provocado: _____ Aborto séptico: _____

TRATAMIENTOS:

Médico: _____
Quirúrgico: _____

LABORATORIOS:

HB: _____ Htó: _____ Grupo: _____ Rh: _____
Orina: _____
Anatomía patológica: _____

Tiempo de estancia hospitalaria: _____

Cobán, Febrero/80.

- 1.- El aborto tiene una incidencia elevada, con respecto a otras entidades y su riesgo es elevado.
- 2.- La incidencia de abortos en el Hospital Regional Helen Lossi de Laugerud es del 10.07% de un total de 1637 embarazos.
- 3.- El aborto incompleto fue el más frecuente presentado con un 84.24%.
- 4.- La clasificación de aborto incompleto fetal según edad gestacional fue el más afectado correspondiéndole un 39.56% de un total de 139 casos encontrados.
- 5.- La clasificación de aborto completo fetal según edad gestacional fue el más afectado correspondiéndole un 54.16% de un total de 24 casos encontrados.
- 6.- El 31.51% del total de casos no fueron clasificados, lo que llama la atención porque es un porcentaje bastante alto.
- 7.- La edad de embarazo más afectado fue entre 9-28 semanas (aborto fetal) correspondiéndole un 40.59% del total de casos.
- 8.- El grupo etario más frecuente afectado fue el comprendido entre los 26-30 años con un porcentaje de ?

- 9.- La hemorragia vaginal fue el síntoma más frecuente presentado.
- 10.- La paridad más afectada es el de las múltiples con un 63.03%.
- 11.- La procedencia más frecuente presentada le corresponde al departamento de Alta Verapaz con un 84.84% donde está ubicado el Hospital.
- 12.- El grupo étnico más afectado fue el de ladino con un 36.96% y le continúa la raza indígena con un 36.35%.
- 13.- El Estado Civil más afectado le correspondió al de casada con un 47.87%.
- 14.- La profesión u oficio más frecuente afectada le correspondió a la de domésticos con un 89.69%.
- 15.- El tratamiento médico mayormente recibido fue el de A.S.A y Ergotrate con un 53.33%.
- 16.- El 84.24% recibieron tratamiento médico quirúrgico y el 14.54% solamente recibieron tratamiento médico.
- 17.- El 53.33% de las pacientes tenían una hemoglobina de menos de 12 gramos.
- 18.- El grupo sanguíneo más presentado fue el de tipo "0" el cual le correspondió un 67.87% siguiéndole el tipo "A" con un 10.30%.

19.- El estudio de Anatomía Patológica le fue practicado a 73 pacientes correspondiéndoles un 45.25%.

20.- Llama la atención que un alto porcentaje, no se les haya practicado dicho examen correspondiéndole un 54.54% del total de los casos.

21.- Dentro del estudio realizado no se pudo determinar que factores inciden en la frecuencia de abortos.

22.- No se encontró incidencia de abortos provocados.

23.- No se encontró ninguna muerte por causa del aborto.

24.- Entre las complicaciones más frecuente encontradas están el aborto séptico con un 4.84%. continuándole Mola hidatidiforme con un 2.42% y coriocarcinoma con un 0.60.%.

25.- El tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 3.14 días.

XIII

RECOMENDACIONES

1.- Que toda paciente con diagnóstico de aborto sea considerada como de alto riesgo.

2.- Que en todo Hospital debe existir una sala de tratamiento intensivo y que tanto obstétricas como ginecólogos trabajen coordinadamente para el bien de este tipo de paciente.

3.- Que se intensifiquen los programas de Materno Infantil tanto a nivel Hospitalario como Centros de Salud, para disminuir la alta incidencia de aborto.

4.- Hacer conciencia y orientar a cada una de las mujeres embarazadas y con problema de aborto la necesidad de tener un control prenatal.

5.- Mejorar la recolección de datos de los registros médicos, ya que en un alto porcentaje carecen de datos importantes básicos.

6.- Recomendar que a toda paciente con problema de aborto, se le complemente su estudio de laboratorio principalmente de Anatomía patológica, para hacer un diagnóstico adecuado e investigar otro tipo de patología.

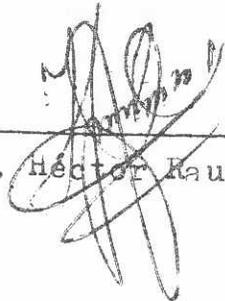
7.- Que este tipo de investigaciones se hagan con más frecuencia.

- 1.- SCHWARCZ, RICARDO
Obstetricia, 3a. Edición
México, Interamericana, 1978
- 2.- ROBBINS, STANLEY L.
Tratado de Patología Estructural y Funcional
Primera Edición
Interamericana, 1975 pp 1210-1211
- 3.- ANDERSON, W. A. D.
Tratado de Patología 5a. Edición
Edición Norteamericana 1966. pp 1284-1294
- 4.- NOVAK, EDMUND R.
Tratado de Ginecología
9a. Edición
México, Interamericana, 1977 pp 554, 626.
- 5.- OMS.
El aborto espontáneo y el provocado.
Artículo publicado en crónica de la OMS.
Vol. 25. Noviembre 3 de Marzo de 1971.

- 6.- LANMAN, JONATHAN T. Dr.
American Journal Of Obstetric and Ginecology
Vol. 118
Febrero, de 1974
- 7.- MORENO CAMBARA, MARIO RENE Dr.
El aborto, consideraciones (Tesis médico y cirujano)
Universidad de San Carlos de Guatemala. 1974
- 8.- LIRA DARDON, HUMBERTO EMIDIO Dr.
Aborto Séptico (Tesis médico y cirujano)
Universidad de San Carlos de Guatemala 1974.
- 9.- CHANG LAU, RAFAEL Dr.
Incidencia de Abortos en el Hospital General
(Tesis Médico y cirujano) USAC 1962.
- 10.- Clínicas Ginecológicas y obstétricas de Norteamérica. Microorganismos que atraviezan la barrera transplacentaria, artículo publicado en el año de 1976 pp 51

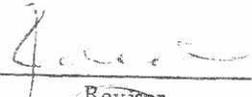
11.- WILLIAMS
Obstetricia
Salvat Mexicana de ediciones S.A. de C.V.
Primera edición, 6a. reimpresión 1978 pp 429

12.- CLAUDE GOMPEL, M.D.
Pathology in Gynecology and Obstetrics
Segunda edición
Copyright, 1977 J.B. Lippincott Company p p
374 - 394.

Br. 
Dr. Héctor Raul Manzo Alvarez

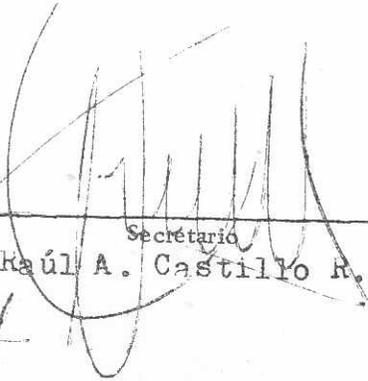
Asesor,

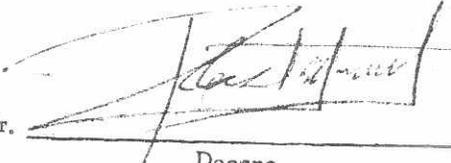
n José Icuté Pinzón

Dr. 
Revisor.

Dr. Victor Roberto Alcahe

Director de Fase III
tor Alfredo Nuila E.

Dr. 
Secretario
Dr. Raúl A. Castillo R.

Dr. 
Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo