

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ABORTO FRUSTRADO

(Diagnóstico y Tratamiento en el
Hospital Roosevelt de Guatemala, 1977-80)

ESTELA ROSA IRIAS GIRON

Guatemala, noviembre de 1981.

El Aborto Frustrado, aunque parece ser un problema frecuente, revista importancia por el riesgo de complicaciones secundarias.

CONTENIDO

| | Página |
|---|--------|
| I. INTRODUCCION | 1 |
| II. ANTECEDENTES | 3 |
| III. OBJETIVOS | 5 |
| IV. MATERIAL Y METODOS | 6 |
| V. RESULTADOS | 7 |
| VI. CONCLUSIONES | 29 |
| VII. RECOMENDACIONES | 30 |
| -PLAN DE MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON ABORTO FRUSTRADO | |
| IX. ANEXO | 35 |

INTRODUCCION

El Aborto Frustrado, aunque parece ser un problema poco frecuente, reviste importancia obstétrica, principalmente por el riesgo materno de sufrir trastornos hemorrágicos secundarios a coagulopatía de consumo, y el impacto emocional que pueda representar para la paciente su familia.

Con el presente estudio, efectuado en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, tratamos retrospectivamente de describir y analizar las principales características clínicas y epidemiológicas de los casos de Aborto Frustrado hospitalizados en dicho Departamento entre 1977 y 1980. Basados en esta información, tratamos además de establecer las bases para la elaboración de Protocolo de Manejo Hospitalario, no existente en el Hospital hasta el momento.

Al parecer, existe actualmente controversia en relación a los criterios diagnósticos de elección, y sobre todo, terapéuticos. Esperamos con ésto no sólo formar un criterio más amplio del problema en nuestro medio, sino también, contribuir a mejorar la calidad del manejo hospitalario de los casos de Aborto Frustrado en el Hospital.

ANTECEDENTES

Existe alguna divergencia en relación a la definición de Aborto Frustrado condicionada al período de tiempo en que el producto de la concepción queda retenido después de muerto; sin embargo, todos los textos consultados coinciden sobre la muerte y retención del huevo como condiciones básicas para su diagnóstico.

Para Hellman y Pritchard, Aborto Frustrado (Fallido, Diferido o Retenido) es la retención del producto de la concepción durante ocho semanas o más, después de haber muerto el feto. (1)

Se requieren, según Schwarcz, las siguientes condiciones para diagnosticar un caso de aborto frustrado: a) que se haya producido en el útero el mecanismo dinámico del aborto; b) que se produzca la muerte embrionaria, y c) que el huevo quede retenido. (2) El término Aborto Frustrado, para este autor, al parecer no está condicionado a tiempo de retención del huevo.

Danforth, lo define como la retención del producto en la cavidad uterina por lo menos cuatro semanas después de la muerte del embrión. (3)

En nuestro medio, el Aborto Frustrado parece ser una entidad poco frecuente y existen al parecer pocos estudios al respecto.

No se encontró el antecedente de la elaboración de un Plan de Manejo Hospitalario para pacientes con este problema.

Rodríguez en 1964, estudió nueve casos registrados en el IGSS entre 1959 y 1964, que representaron el 2% del total de abortos atendidos durante ese período. (4)

Jerez Luarca en 1973, efectuó un análisis retrospectivo en los casos de 29 pacientes de la Clínica de Ultrasonido Diagnóstico, las cuales tenían la impresión clínica de Aborto Frustrado. En el 82% de las pacientes se obtuvo un diagnóstico correcto por medio de la ultrasonografía. (5)

Zambrano, estudió en 1977, sesenta casos que representaron el 0.5% sobre el total de abortos atendidos en el Hospital Roosevelt de Guatemala entre 1972 y 1976. El criterio diagnóstico más usado fue clínico: discrepancia entre altura uterina y última regla. El 10% de los casos presentaron hipofibrinogenemia como complicación al problema. (6)

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Informar sobre las características clínicas y epidemiológicas del Aborto Frustrado en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala.
2. Contribuir a mejorar la calidad del manejo hospitalario de los casos de Aborto Frustrado en el hospital.

ESPECIFICOS:

1. Informar sobre las principales características de distribución de los casos estudiados.
2. Determinar, en base a lo anterior, los grupos de mayor riesgo a sufrir el problema.
3. Describir y cuantificar las principales características clínicas de los casos estudiados.
4. Describir y evaluar la calidad de las conductas diagnósticas y terapéuticas seguidas en el hospital durante el período estudiado.
5. Establecer las bases para la normatización de un plan diagnóstico y terapéutico (Protocolo de Manejo Hospitalario) para los casos de Aborto Frustrado en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

MATERIAL Y METODOS

Nuestro estudio tuvo básicamente fines descriptivos. En forma retrospectiva se revisaron el total de historias clínicas de pacientes ingresados por Aborto Frustrado, según el registro de los Libros de Legrados de los servicios de Séptico y de Labor y Partos, del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala, entre 1977 y 1980.

Se recolectaron los datos de cada historia clínica en una ficha elaborada para tales fines (Ver Anexo 1).

Tabulando los datos de cada uno de los parámetros estudiados, se elaboraron cuadros y gráficas correspondientes a los resultados obtenidos, completándolos con análisis y discusión de los mismos. En base a lo anterior, se trató de presentar las bases para la elaboración de un Protocolo de Manejo Hospitalario de los casos de Aborto Frustrado.

Además se elaboraron conclusiones y recomendaciones basadas en los resultados obtenidos.

RESULTADOS

1. Ingresos e historias clínicas revisadas:

1.1 Fueron registrados 114 casos como Abortos Frustrados en los libros de Legrados de los servicios de Séptico y de Labor y Partos del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, entre 1977 y 1980.

1.2 Revisadas las 114 historias clínicas, se observó que sólo en 53 casos existe información clínica relacionada a Aborto Frustrado, por lo cual se decarta el resto, que en su mayoría fueron registradas erróneamente por una impresión clínica de ingreso mal fundada y que no ameritó ninguna consideración posterior, según se deduce de la revisión de las papeletas por parte del personal obstetra del Departamento de Maternidad.

2. Frecuencia:

De esta forma, ingresaron por aborto Frustrado el 0.55% (53) casos, sobre el total de abortos atendidos (9,580) en el hospital durante este período. Dieciocho casos ingresaron al servicio semi-privado y treinta y cinco, al servicio general.

El Cuadro No. 1 detalla por año y tipo de servicio otorgado, la frecuencia de Aborto Frustrado en nuestro estudio.

CUADRO No. 1

Frecuencia de Aborto Frustrado por Año y Tipo de Servicio Otorgado en Relación al Total de Abortos Atendidos, Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977 - 1980

| AÑO | Total de Ingresos por Abortos | Casos de Aborto Diferido | | | | TOTAL | |
|---------|-------------------------------|--------------------------|-----|------------------|-----|-------|-----|
| | | Servicio privado | | Servicio General | | # | %* |
| | | # | %* | # | %* | # | %* |
| 1977 | 2,895 | 9 | 3.1 | 9 | 3.1 | 18 | 6.2 |
| 1978 | 2,466 | 3 | 1.2 | 10 | 4.0 | 13 | 5.3 |
| 1979 | 1,884 | 4 | 2.1 | 9 | 4.8 | 13 | 6.9 |
| 1980 | 2,335 | 2 | 0.9 | 7 | 3.0 | 9 | 3.8 |
| TOTALES | 9,580 | 18 | 1.9 | 35 | 3.6 | 53 | 5.5 |

* La frecuencia relativa se expresa por 1,000 casos de abortos atendidos.

3. Características de distribución:

3.1 El grupo etáreo más afectado fue el de 21 a 30 años con 36 casos (68%) de los 53 estudiados, estableciéndose amplia diferencia en relación a la frecuencia en los demás grupos de edad. Se registró un solo caso en menores de 16 años y ninguno en el grupo de pacientes arriba de 40. Véanse más detalles de la

distribución etárea de los casos en el cuadro y la gráfica No. 2.

3.2 Todos los casos estudiados residían en comunidades urbanas; y todas, con excepción de una, eran pacientes ladinas. Tres cuartas partes de las pacientes se dedicaban solamente a oficios domésticos. El 71.6% de las pacientes eran casadas o unidas. La tasa de soltería fue del 26%. Se establece una marcada diferencia entre pacientes del servicio semi-privado y del servicio general en relación al porcentaje de casadas, siendo del 78% para las primeras y 2.8% para las segundas.

Las gráficas 3 y 4 amplían la información anterior.

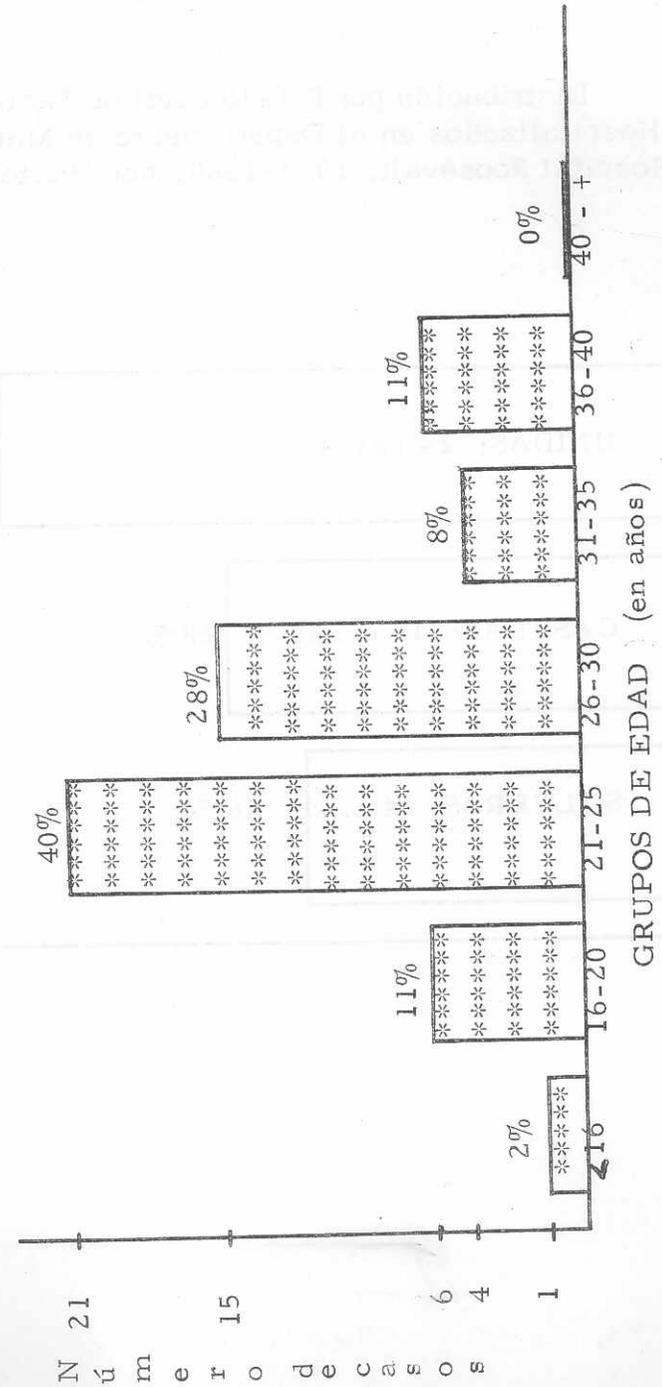
CUADRO No. 2

Frecuencia de Aborto Frustrado por Grupos Etáreos en Pa-
cientes Hospitalizados en del Departamento de Maternidad,
Hospital Roosevelt, 1977 - 1980

| EDAD (en años) | Pacientes del Servicio Privado | | Pacientes del Servicio General | | TOTAL | |
|-------------------|-----------------------------------|-------------|-----------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| | Casos | | Casos | | Casos | |
| Men. 16 | 1 | 1.9 | - | - | 1 | 1.9 |
| 16 - 20 | 1 | 1.9 | 5 | 9.4 | 6 | 11.3 |
| 21 - 25 | 8 | 15.1 | 13 | 24.5 | 21 | 39.6 |
| 26 - 30 | 5 | 9.4 | 10 | 18.9 | 15 | 28.3 |
| 31 - 35 | 1 | 1.9 | 3 | 5.6 | 4 | 7.5 |
| 36 - 40 | 2 | 3.8 | 4 | 7.5 | 6 | 11.3 |
| 40 - Más | - | - | - | - | - | - |
| TOTALES | 18/53 | 34.0 | 35/53 | 66.0 | 53/53 | 100.0 |

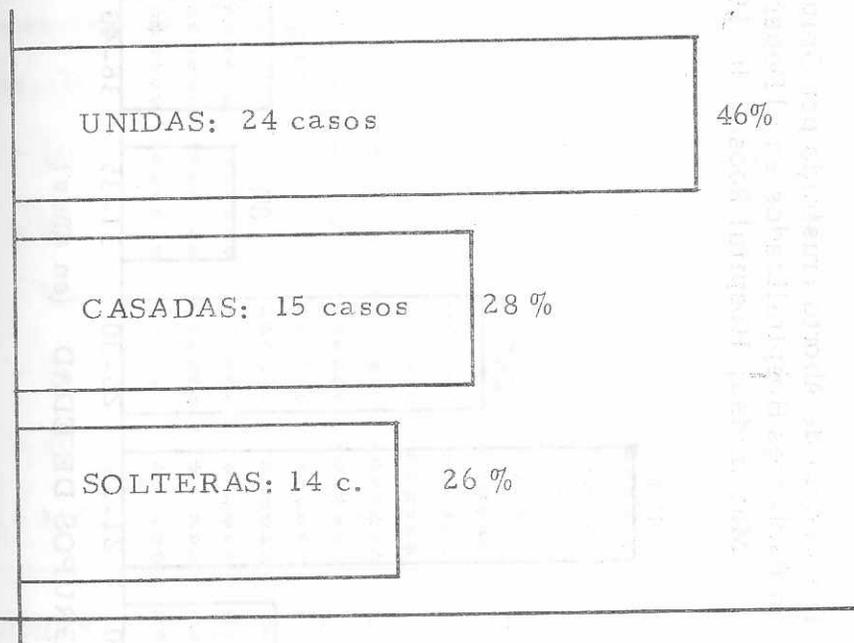
GRAFICA No. 2

Frecuencia de Aborto Frustrado por Grupos Etáreos
en Pacientes Hospitalizados en el Departamento de
Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-80



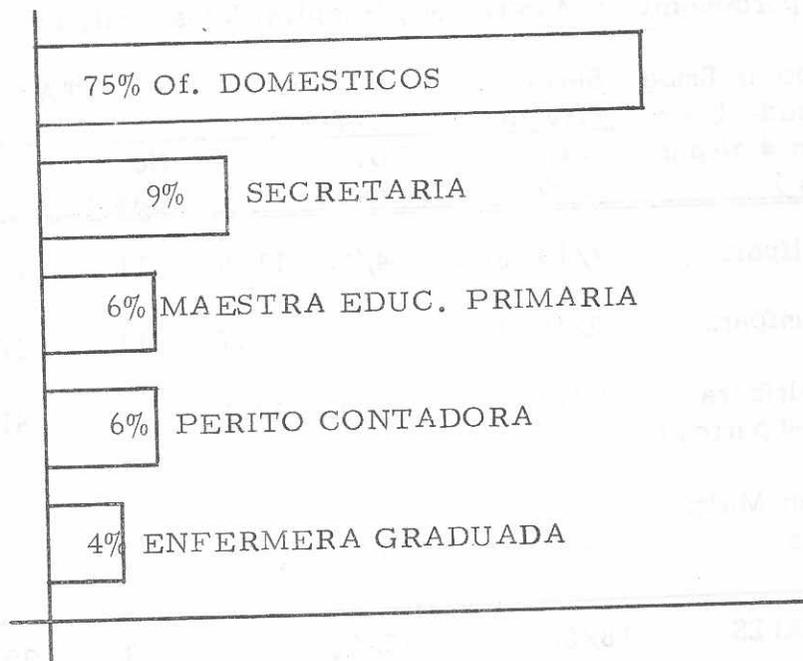
GRAFICA No. 3

Distribución por Estado Civil en Pacientes Hospitalizados en el Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-1980, por Aborto Frustrado



GRAFICA No. 4

Distribución por Ocupación de Pacientes Hospitalizados por Aborto Frustrado en el Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-1980



3.3 El 41.4% de las pacientes estudiadas eran multíparas. Se presentaron igual número de casos en nulíparas y primíparas (cada grupo 11 casos, 20.7%). Solamente en el servicio general se registraron nueve casos de pacientes grandes multíparas. El Cuadro No. 3 y la Gráfica No. 5 amplían e ilustran lo anterior.

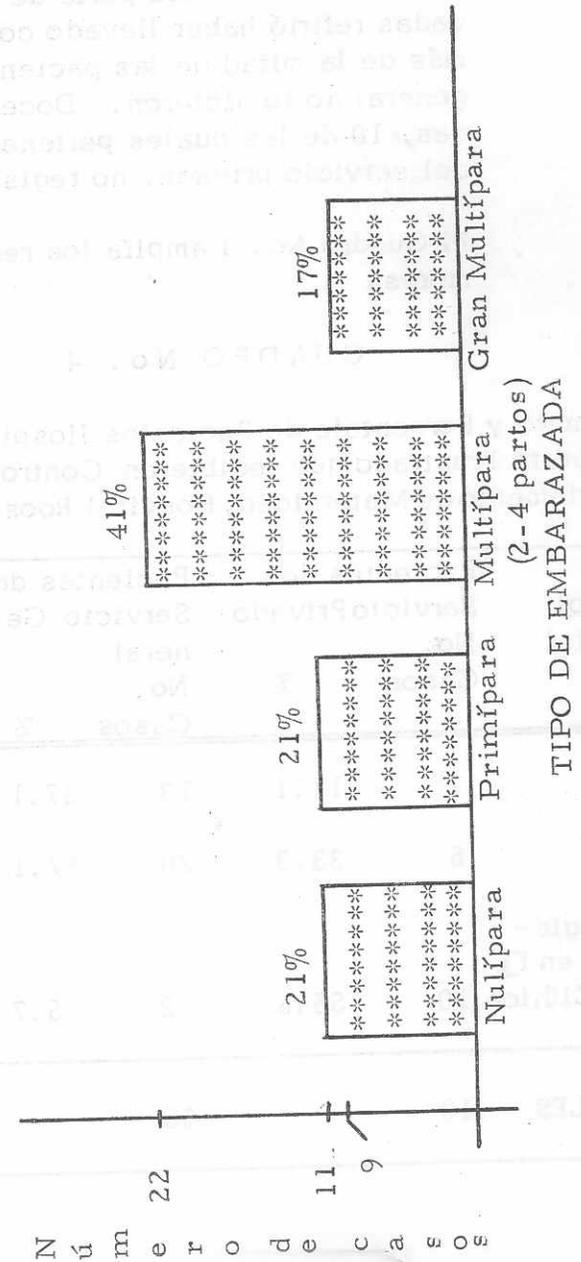
CUADRO No. 3

Distribución por Tipo de Embarazada (según No. de Partos), en Pacientes Hospitalizadas por Aborto Frustrado, Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-80

| Tipo de Embarazada (según # de partos) | Servicio Privado | | Servicio General | | TOTAL | |
|--|------------------|------|------------------|------|-----------|--------------|
| | No. Casos | % | No. Casos | % | No. Casos | % |
| Nulípara | 7/18 | 38.9 | 4/35 | 11.5 | 11 | 20.7 |
| Primípara | 2/18 | 11.1 | 9/35 | 25.7 | 11 | 20.7 |
| Multípara (2-4 partos) | 9/18 | 50.0 | 13/35 | 37.1 | 22 | 41.4 |
| Gran Multípara | - | - | 9/35 | 25.7 | 9 | 17.0 |
| TOTALES | 18/53 | | 35/53 | | 53 | 100.0 |

GRAFICA No. 5

Distribución por Estado Civil de Pacientes Hospitalizados por Aborto Frustrado en el Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-1980



3.4 Solamente la tercera parte de las pacientes privadas refirió haber llevado control prenatal; más de la mitad de las pacientes de servicio general no lo hicieron. Doce historias clínicas, 10 de las cuales pertenecían a pacientes del servicio privado, no registraban el dato.

El Cuadro No. 4 amplía los resultados anteriores.

CUADRO No. 4

Número y Porcentaje de Pacientes Hospitalizadas por Aborto Frustrado que recibieron Control Prenatal, Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt 1977-80

| Control Prenatal | Pacientes del Servicio Privado | | Pacientes del Servicio General | | TOTAL | |
|--------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------------|------|-----------|-------|
| | No. Casos | % | No. Casos | % | No. Casos | % |
| SI | 2 | 11.1 | 13 | 37.1 | 15 | 28.3 |
| NO | 6 | 33.3 | 20 | 57.1 | 26 | 49.1 |
| No registrado en Ficha Clínica | 10 | 55.6 | 2 | 5.7 | 12 | 22.6 |
| TOTALES | 18 | | 35 | | 53 | 100.0 |

3.5 Veinte y seis pacientes (49%) de los 53 casos estudiados habían tenido por lo menos un aborto anterior. En ambos grupos (pacientes del servicio semi-privado y del servicio general), el antecedente de abortos anteriores se presentó en el 50% de los casos. Casi la totalidad de historias clínicas no reportaban el tipo de aborto sufrido. Véanse el resto de detalles en el Cuadro No. 5.

CUADRO No. 5

Frecuencia de Abortos Anteriores, según Tipo de Servicio Otorgado, en Pacientes Hospitalizadas por Aborto Frustrado, Departamento Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-1980

| Abortos Anteriores | Pacientes del servicio Privado | | Pacientes del Servicio General | | TOTAL | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-----------|-------|
| | No. Casos | % | No. Casos | % | No. Casos | % |
| Ninguno | 5 | 27.8 | 16 | 45.7 | 21 | 39.6 |
| Uno | 4 | 22.2 | 11 | 31.4 | 15 | 28.3 |
| Dos | 4 | 22.2 | 5 | 14.3 | 9 | 17.0 |
| Más de dos | 1 | 5.5 | 1 | 2.8 | 2 | 3.8 |
| No Especificado en Ficha Clínica | 4 | 22.2 | 2 | 5.7 | 6 | 11.3 |
| TOTALES | 18 | 100.0 | 35 | 100.0 | 53 | 100.0 |

Motivo de consulta:

- 4.1 En ambos grupos, la hemorragia vaginal constituyó el más frecuente motivo de consulta (34% sobre el total de casos).
- 4.2 El 30.2% de los casos fueron referidos con diagnóstico médico de Aborto Frustrado, constituyendo el motivo de consulta registrado en la historia clínica.
- 4.3 Hemorragia vaginal asociada a contracciones uterinas dolorosas constituyó el tercer motivo de consulta más frecuente, en el 17% de los casos estudiados.
- 4.4 Puede observarse diferencia entre pacientes - generales y pacientes privadas ya que en las primeras es mucho más frecuente que consulten por hemorragia vaginal (57%), mientras que en pacientes privadas es más frecuente - que tengan referencia con diagnóstico (50%).

El Cuadro No. 6 presenta toda la información en relación a motivos de consulta registrados en nuestro estudio.

CUADRO No. 6

Motivos de Consulta y su Frecuencia, según Tipo de Servicio Otorgado, en Pacientes Hospitalizadas por Aborto Frustrado, Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-1980

| Motivo de Consulta | Pacientes del Servicio Privado | | Pacientes del Servicio General | | TOTAL | |
|---|--------------------------------|------|--------------------------------|------|-----------|--------------|
| | No. Casos | % | No. Casos | % | No. Casos | % |
| Hemorragia Vaginal Referido con Dx Médico de Aborto Frustrado | 6 | 33.3 | 12 | 34.3 | 18 | 34.0 |
| Hemorragia Vaginal + Contracciones Uterinas Dolorosas | 1 | 5.5 | 8 | 22.9 | 9 | 17.0 |
| Amenorrea | - | - | 2 | 5.7 | 2 | 3.8 |
| Movimientos Fetales Ausentes | - | - | 4 | 11.4 | 4 | 7.5 |
| Falta de Crecimiento Uterino | - | - | 2 | 5.7 | 4 | 7.5 |
| No Registrado | 2 | 11.1 | - | - | 2 | - |
| TOTALES | 18 | | 35 | | 53 | 100.0 |

5. Hallazgos clínicos al ingreso:

Se apuntaron para cada caso los hallazgos clínicos más relevantes relacionados a Aborto Frustrado; en algunos casos se registró más de un hallazgo clínico. Los resultados se presentan en el Cuadro No.7.

CUADRO No. 7

Principales Hallazgos Clínicos de Ingreso en 53 Pacientes Hospitalizados por Aborto Frustrado, Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-1980

| Hallazgo Clínico de Ingreso | No. de Casos | % |
|--|--------------|------|
| Disociación entre Edad Calculada y Edad Estimada de Embarazo | 28 | 52.8 |
| Hemorragia Vaginal | 12 | 22.6 |
| Ausencia de Frecuencia Cardíaca Fetal | 7 | 13.2 |
| Orificios Cervicales Abiertos | 6 | 11.3 |
| Expulsión Feto Macerado | 4 | 7.5 |
| Expulsión restos Placentarios Marchitos | 2 | 3.8 |
| Ninguno Registrado | 12* | 22.6 |

*Nota: Los 12 casos en los que no se registró ningún hallazgo clínico de ingreso, pertenecían al grupo de pacientes privadas, constituyendo el 66.7% de las mismas.

6. Diagnóstico de ingreso:

- 6.1 Cuarenta (75.5%) de los 53 casos estudiados, fueron diagnosticados desde su ingreso como Abortos Frustrados.
- 6.2 Diez de los casos (18.8%) se ingresaron equivocadamente como diferentes tipos de abortos, cambiándose al diagnóstico de Aborto Frustrado durante su estadía hospitalaria.
- 6.3 Con excepción de dos, el total de pacientes ingresaron al servicio privado con diagnóstico de Aborto Frustrado del médico tratante. El Cuadro No. 8 detalla los diagnósticos de ingreso en relación al tipo de servicio otorgado.

CUADRO No. 8

Diagnósticos de Ingreso y su Frecuencia, según Tipo de Servicio Otorgado, en Pacientes Hospitalizadas por Aborto Frustrado, departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-1980

| Diagnóstico de Ingreso | Pacientes del Servicio Semi-privado | | Pacientes del Servicio General | | TOTAL | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----|--------------------------------|------|-----------|--------------|
| | No. Casos | % | No. Casos | % | No. Casos | % |
| | Aborto Frustrado | 16 | 88.9 | 24 | 68.5 | 40 |
| Amenaza de Aborto | 1 | 5.5 | 4 | 11.4 | 5 | 9.4 |
| Aborto Inminente | - | - | 2 | 5.7 | 2 | 3.8 |
| Aborto Incompleto | - | - | 2 | 5.7 | 2 | 3.8 |
| Aborto en Curso | - | - | 1 | 2.9 | 1 | 1.9 |
| Fibromatosis Uterina | - | - | 1 | 2.9 | 1 | 1.9 |
| Mola Hidatiforme | - | - | 1 | 2.9 | 1 | 1.9 |
| Hemorragia de etiología a Determinar | 1 | 5.5 | - | - | 1 | 1.9 |
| TOTALES | 18 | | 35 | | 53 | 100.0 |

7. Complicaciones:

- 7.1 Del total de 53 casos estudiados, diez (18.9%) presentaron alguna complicación al ingreso o durante su estancia hospitalaria; ninguna paciente reingresó por complicaciones relacionadas al problema de Aborto Frustrado o su tratamiento.
- 7.2 Del total de casos complicados, en tres se registró hipofibrinogenemia; sin embargo, no se encontró información que lo comprobara ni el tratamiento seguido.
- 7.3 Dos pacientes (3.8%) presentaron perforación uterina secundaria al legrado uterino instrumental; ambas fueron tratadas con histerografías.
- 7.4 Cuatro pacientes (7.5%) presentaron abundante hemorragia secundaria al legrado uterino instrumental.
- 7.5 La única complicación detectada al ingreso fue un caso (1.9%) de shock hipovolémico por hemorragia vaginal severa.
- 7.6 Con excepción de dos pacientes que sangraron al legrado, todas recibieron 500 cc de sangre completa.

8. Evaluación clínica:

- 8.1 De acuerdo a la información registrada en las

historias clínicas, veintiocho casos (80%) de los 35 pacientes que ingresaron al servicio general, fueron evaluadas por el médico residente durante el primer día de estancia hospitalaria; el resto de casos, durante el segundo y tercer día.

8.2 Solamente trece casos (37%) fueron evaluados por el jefe del servicio; 10 durante el segundo día y 3 casos al tercero.

8.3 Todos los pacientes privados fueron vistos al primer día por un médico jefe de servicio.

9. Exámenes diagnósticos:

Basados en el contenido de las historias clínicas revisadas, demostramos por medio del Cuadro No. 9 que existe deficiencia en cuanto a solicitud, reclamo y registro de la mayor parte de exámenes que ordinariamente deberían incluirse prontamente después del ingreso, para el estudio de pacientes con sospecha o diagnóstico de Aborto Frustrado, principalmente en pacientes privadas.

CUADRO No. 9

Principales Exámenes de Laboratorio y Gabinete Registrados, según Tipo de Servicio Otorgado y Día de Estancia Hospitalaria en que se Informaron, en Pacientes Hospitalizados por Aborto Frustrado, Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-1980

| Tipo de Examen de Laboratorio o Gabinete | (18) Pacientes del Servicio Privado | | | (35) Pacientes del Servicio General | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|------|----|----|---|---|----|------|
| | No. Día de Estancia Hospitalaria | | | No. Día de Estancia Hospitalaria | | | | | | | |
| | 1 ^o | 2 | 3 | 1 ^o | 2 | 3 | | | | | |
| | N ú m e r o d e c a s o s | | | N ú m e r o d e c a s o s | | | | | | | |
| | % | | | % | | | | | | | |
| Hb/Ht | 1 | 1 | - | 16 | 88.9 | 8 | 15 | 2 | 4 | 7 | 20 |
| Fibrinógeno | 2 | 1 | 1 | 14 | 77.8 | 10 | 7 | 4 | 5 | 9 | 25.7 |
| T. Protrombina | 1 | - | - | 17 | 94.4 | 1 | - | - | 1 | 33 | 94.3 |
| T. Parcial de Tromboplastina | - | - | - | 18 | 100 | 1 | - | - | - | 34 | 97.1 |
| Rec. Plaquetas | 1 | - | - | 17 | 94.4 | 1 | - | - | - | 34 | 97.1 |
| Grupo y Rh | - | 1 | - | 17 | 94.4 | - | 2 | - | - | 33 | 94.3 |
| V D R L | - | - | - | 18 | 100 | 3 | 10 | 2 | 4 | 16 | 45.7 |
| Gravíndex | 1 | - | - | 17 | 94.4 | 2 | 5 | 3 | 6 | 23 | 65.7 |
| ULTRASONOGRAFÍA | - | - | - | 17 | 94.4 | 7 | 1 | 2 | 5 | 23 | 65.7 |

Notas: - Se tomaron en cuenta sólo los primeros exámenes reportados; no se tomaron en cuenta exámenes controles.

* En el primer día de estancia hospitalaria, se incluyeron los casos que ingresaron con sus exámenes informados.

- Únicamente 9 historias clínicas registraban el informe de anatomía patológica. Todas pertenecían a pacientes del servicio general, constituyendo el 25.7% de dicho grupo.

0. Plan terapéutico:

10.1 De las dieciocho pacientes ingresadas al servicio privado, a 17 se les practicó legrado uterino instrumental; a una se le indujo con oxitócicos.

10.2 De las treinta y cinco pacientes ingresadas al servicio general, a 31 se les practicó legrado; tres fueron tratadas con inducción, siendo ésta fallida en dos de los casos que posteriormente fueron legrados. Tres pacientes recibieron atención médica asistencial por abortos fetales espontáneos.

1. Tiempo de estancia:

La mayoría de pacientes que permanecieron hospitalizadas por más de tres días se debió a retraso en la solicitud y reclamo de exámenes de laboratorio y gabinete que produjo tardanza en llegar al diagnóstico definitivo.

El Cuadro No. 10 presenta el número de casos de Aborto Frustrado en relación a los días de estancia hospitalaria y tipo de servicio otorgado.

CUADRO No. 10

Distribución de Casos Hospitalizados por Aborto Frustrado en Relación a Tiempo de Estancia y Tipo de Servicio Otorgado. Departamento de Maternidad, Hospital Roosevelt, 1977-1980

| Número de Días | Pacientes del Servicio semi-privado | | Pacientes del Servicio General | |
|----------------|-------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| | No. de Casos | % | No. de Casos | % |
| 1 - 3 | 17 | 94.4 | 9 | 25.7 |
| 4 - 7 | 1 | 5.6 | 16 | 45.7 |
| 8 a 17 | - | - | 10 | 28.6 |
| TOTALES | 18 | 100.0 | 35 | 100.0 |

12. Concordancia de diagnóstico definitivo de Aborto Frustrado y diagnóstico de ingreso:

12.1 En los servicios privados, fueron concordantes los diagnósticos definitivos de Aborto Frustrado y los diagnósticos de ingreso en el 89% de los casos; sin embargo, ninguno tenía anatomía patológica.

12.2 En los servicios generales, se dio concordancia en el 71.4% de los casos teniendo el 25,7% examen de anatomía patológica.

13. Condición de egreso:

Las 53 pacientes estudiadas egresaron en buenas condiciones generales.

| Días | Número de |
|---------|-----------|
| 1 | 1 |
| 2 | 1 |
| 3 | 1 |
| 4 | 1 |
| 5 | 1 |
| 6 | 1 |
| 7 | 1 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| 10 | 1 |
| 11 | 1 |
| 12 | 1 |
| 13 | 1 |
| 14 | 1 |
| 15 | 1 |
| 16 | 1 |
| 17 | 1 |
| 18 | 1 |
| 19 | 1 |
| 20 | 1 |
| 21 | 1 |
| 22 | 1 |
| 23 | 1 |
| 24 | 1 |
| 25 | 1 |
| 26 | 1 |
| 27 | 1 |
| 28 | 1 |
| 29 | 1 |
| 30 | 1 |
| TOTALES | 53 |

CONCLUSIONES

1. Son pocos los casos en los que se obtiene el diagnóstico en forma segura y definitiva.
2. No existe uniformidad con respecto a los criterios diagnósticos y terapéuticos aplicados a pacientes con Aborto Frustrado.
3. A través del estudio de las papeletas, no se puede determinar el tiempo de evolución de la muerte del producto.
4. La evacuación uterina instrumental fue el método de elección para resolver dicho problema.
5. No se solicita de rutina el estudio anatomopatológico de los casos de Aborto Frustrado.
6. Las pacientes con menor estancia intrahospitalaria y cuyo manejo fue más preciso, reunían las siguientes características: a) consulta prenatal periódica b) al resultar sospecha de muerte fetal in-útero, se efectuaron exámenes de comprobación diagnóstica y de medición de los factores de coagulación, y c) ingreso para tratamiento una vez era obtenido el diagnóstico definitivo.

PLAN DE MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE PACIENTES CON ABORTO FRUSTRADO

Se debe sospechar Aborto Frustrado en toda paciente a la que se le encuentre:

Edad de embarazo estimada menor que edad calculada con una diferencia mayor de 4 semanas, y que además presente:

- A) Negativización de gonadotropina coriónica (detectada por inmunoensayo y/o radioinmunoensayo) antes de la 12a. semana.
- B) Ausencia de frecuencia cardíaca fetal (FCF) empleando doppler, después de la 12a. semana.
- C) Ausencia de movimientos fetales o desaparición de los mismos, después de la 22a. semana.

I. PLAN DIAGNOSTICO:

1. Embarazo mayor de 5 semanas y menor de 12 semanas por UR:

- 1.1 Exámenes de rutina: Hb/Ht, recuento y fórmula de glóbulos blancos, eritrosedimentación, VDRL, grupo y Rh, orina y heces. Fibrinógeno, Plaquetas, T.P de T., T. de P., T. de Coagulación.
- 1.2 Gravindex:
- si es positivo, repetir en una semana

- Si es negativo, pasar a 1.3

1.3 Ultrasonograma →

Aborto Frustrado

2. Embarazo mayor de 12 semanas y menor de 22 semanas por UR:

- 2.1 Exámenes de Rutina como en 1.1
- 2.2 Auscultación con doppler:

2.2.a Si hay (FCF): error en UR → Ultrasonograma

2.2.b Si no hay (FCF): Obtener Gravindex

2.3 Gravindex:

2.3.a Si es positivo: repetir evaluación en dos semanas con doppler y Gravindex.

2.3.b Si es negativo: Ultrasonograma → ABORTO FRUSTRADO

3. Embarazo mayor de 22 semanas y menor de 27 semanas por UR:

- 3.1 Exámenes de rutina como en 1.1
- 3.2 Auscultación con estetoscopio obstétrico:

3.2.a Si hay (FCF): proceder como en 2.2.a

3.2.b Si no hay (FCF): usar doppler

3.3 Auscultación con doppler:

3.3.a Si hay (FCF): Proceder como en 2.2.a

3.3.b Si no hay (FCF): efectuar Rayos X

3.4 Rayos X:

3.4.a Si no se visualiza esqueleto fetal: ultrasonograma para diagnóstico.

3.4.b Si se visualiza esqueleto fetal →

ABORTO FRUSTRADO

II. PLAN TERAPEUTICO:

Una vez efectuado el diagnóstico de Aborto Frustrado:

1. Compatibilidad y transfusión PRN
2. Dilatación y legrado uterino instrumental en 1 y 2.
3. Inducción con bomba de Hegard + legrado uterino instrumental en 3.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hellman, L. M. y Pritchard, J. A. Obstetricia de Williams. 1a., Salvat, México, 1978.
2. Schwarcz, R. et al. Obstetricia. 3era., El Ateneo. 1977.
3. Danforth, D.N.; editor. Obstetrics and Gynecology. Third Edition, 1977. Harper & Row, Maryland, E.U.A.
4. Rodríguez, O.M. Aborto Frustrado. Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Gineco-Obstetricia. 4: 31, julio-septiembre 1964.
5. Jerez Luarca, J. A. Aborto Frustrado, Diagnóstico por Ultrasonido y otras Consideraciones. Tesis, Facultad de Ciencias Médicas, USAC. 1973.
6. Zambrano Solórzano, E. J. Aborto Frustrado (Revisión en la Maternidad del Hospital Roosevelt, 1972-1976). Tesis, Facultad de Ciencias Médicas, USAC. 1977.
7. Novak, E. R. Tratado de Ginecología. 8a. Interamericana, Buenos Aires. 1971.

ABORTO FRUSTRADO/HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA
 AÑOS 1977-1980
 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Historia Clínica: _____

Año: _____

1. GRUPO ETAREO:

| | | |
|---------------|-------------|--|
| Menores de 16 | De 31 a 35 | |
| De 16 a 20 | De 36 a 40 | |
| De 21 a 25 | De 40 ó más | |
| De 26 a 30 | | |

2. OCUPACION: _____

3. ESTADO CIVIL:

| | | |
|---------|-------|---------------------|
| Casada | Unida | Separada/Divorciada |
| Soltera | Viuda | NO ESPECIFICADO |

4. RESIDENCIA:

| | |
|-------|--------|
| Rural | Urbana |
|-------|--------|

5. GRUPO ETNICO:

| | |
|----------|-----------------|
| ladino | Otro: |
| indígena | NO ESPECIFICADO |

6. PARIDAD:

| | |
|-----------|------------------------------------|
| Nulípara | Multípara (2-4 partos) |
| Primípara | Gran Multípara (más de 4 partos) |

7. CONTROL PRENATAL

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

8. ABORTOS ANTERIORES:

SI 1 2 Más de 2 TRATAMIENTO HOSPITALARIO LUGAR

Ovulares: 1 2 Más de 2 _____
 Embrionarios 1 2 Más de 2 _____
 Fetales 1 2 Más de 2 _____

Frustrados 1 2 Más de 2 _____
 Molares 1 2 Más de 2 _____

Anom. Cong.
 NO

CARACTERISTICAS CLINICAS:

10. MOTIVO DE CONSULTA: _____

11. Tiempo de EVOLUCION: _____

12. SIGNOS CLINICOS DE INGRESO: _____

13. DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

14. COMPLICACIONES: _____

INGRESO: _____

INTRAHOSPITALARIAS: _____

REINGRESO: SI NO

15. MANEJO HOSPITALARIO DURANTE LA ESTANCIA:

(Día de estancia)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| EVALUADA POR: | | | | | | | | | | | | | | | |
| -MEDICO RESIDENTE | | | | | | | | | | | | | | | |
| -JEFE DE SALA | | | | | | | | | | | | | | | |
| -CONSULTA OTRO DEPTO. | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMENES DIAGNOSTICOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMADOS: | | | | | | | | | | | | | | | |
| -HT/HB | | | | | | | | | | | | | | | |
| -FIBRINOGENO | | | | | | | | | | | | | | | |
| -T DE PROTROMBINA | | | | | | | | | | | | | | | |
| -T DE TROMBOPLASTINA | | | | | | | | | | | | | | | |
| -T DE RETRACCION COAGULO | | | | | | | | | | | | | | | |
| -RECUENTO PLAQUETARIO | | | | | | | | | | | | | | | |
| -GRUPO Y RH | | | | | | | | | | | | | | | |
| -GLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| -VDRL | | | | | | | | | | | | | | | |
| -GRAVINDEX | | | | | | | | | | | | | | | |
| -UCG | | | | | | | | | | | | | | | |
| -RAYOS X | | | | | | | | | | | | | | | |
| -ULTRASONOGRAFIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| -OTROS | | | | | | | | | | | | | | | |
| -TIEMPO DE ESTANCIA | | | | | | | | | | | | | | | |

16. PLAN TERAPEUTICO:

MEDICO:

QUIRURGICO: (Tipo, día hospitalización realiza - do)

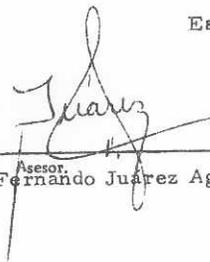
DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS/REIN - GRESO

17. CONCORDANCIA ENTRE DIAGNOSTICO INGRESO - DIAGNOSTICO EGRESO: SI NO

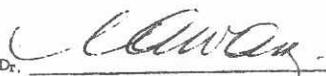
18. CONDICION DE EGRESO: CURADO MEJORADO

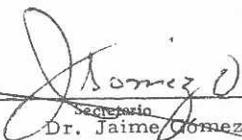
FALLECIDO

Br. 
Estela Rosa Arías Girón de Díaz

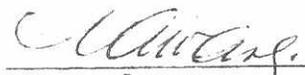
Dr. 
Asesor.
Dr. Fernando Juárez Aguirre

Dr. 
Revisor.
Dr. José Luis Chacón Montiel

Dr. 
Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim

Dr. 
Secretario
Dr. Jaime Gómez Ortega

Vo. Bo.

Dr. 
Decano.
Dr. Carlos A. Waldheim