

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance and a shield. Above the knight is a coat of arms with a crown and a lion. The seal is surrounded by Latin text: "CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACATEMALENSIS INTER CÆTERAS ORBIS" at the top and "PIUS ULTRA" on banners held by the knight. The title of the thesis is printed in the center of the seal.

"ABORTO EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL
DE ZACAPA DURANTE EL AÑO 1980"

EDWINA EDITH MARTINEZ PORTILLO

Guatemala, Junio de 1981.

INDICE

		Página
I	INTRODUCCION	1
II	REVISION DE LITERATURA	4
III	MATERIAL Y METODOS	26
IV	RESULTADOS Y ANALISIS	28
V	CONCLUSIONES	52
VI	RECOMENDACIONES	55
VII	MANEJO CLINICO Y PLAN TERAPEUTICO DEL ABORTO	57
VIII	BIBLIOGRAFIA	65

INTRODUCCION

Aborto es toda interrupción espontánea o -- provocada del embarazo antes de que el feto -- sea viable (20).

El presente trabajo es un estudio retros-- pectivo sobre 234 casos de aborto, con énfasis en el aborto séptico, ocurridos en la maternidad del Hospital Regional de la cabecera depar-- tamental de Zacapa en el año de 1980.

No se tabularon 97 casos con diagnóstico -- clínico de aborto por no haberse encontrado -- sus fichas clínicas respectivas, así como 37 -- casos que únicamente presentaron amenaza de -- aborto, los cuales cedieron con tratamiento mé-- dico.

El motivo del estudio es contribuir al co-- nocimiento de la ocurrencia de casos de aborto en dicho hospital, analizando y tomando en c-- cuenta que en Guatemala, siempre ha sido y es -- actualmente una enfermedad tan frecuente y com-- plexa, de tipo médico-social; la cual está -- influenciada por diversos factores; tales como: médicos, sociales, psicológicos, económicos, -- educacionales y afectivos, que dejan secuelas-- en las personas que la padecen (2 y 12).

El aborto es una entidad mórbida que en la actualidad ha despertado interés en su estudio, debido a la alta incidencia en su práctica, no obstante los esfuerzos que están haciendo insti

fundir la idea de la Planificación Familiar, el uso de anticonceptivos y una educación -- sexual orientada, lo cual no cabe duda sería; en gran parte la solución del problema aunque sea a largo plazo, pero existen múltiples factores ya descritos; por lo tanto a pesar de los diferentes métodos anticonceptivos que existen, el aborto sigue siendo causa de considerable morbi-mortalidad en la familia guatemalteca (12).

El aborto no es un método anticonceptivo pero sí es una práctica muy común para el -- control de la natalidad (16).

En la actualidad el aborto se practica -- en todas las partes del mundo y no hay duda pensar que en Guatemala por el crecimiento -- demográfico que cada día va en aumento, hay una excesiva demanda de servicios médicos en los centros hospitalarios nacionales y particulares a donde acuden en última instancia -- las pacientes al ver que su vida corre peligro por el aborto auto-inducido a provocado -- por personas inescrupulosas o inexpertas en casos de aborto, refiriendo dichas pacientes que sufrieron caídas o golpes recientes, que son abortos espontáneos, etc., poniendo desde luego en peligro la vida misma de las personas.

En la actualidad es imposible obtener --

una estimación precisa del número total de abortos provocados en todo el mundo, ya que, la mayor parte de los países, casi todos ellos se -- llevan a cabo clandestinamente, por lo tanto, -- sólo se registran los abortos que dan origen a síntomas serios. También es imposible, determinar la incidencia del aborto espontáneo, ya -- que los datos son inseguros, podría ser una -- causa la sobreestimación ocasionada por la notificación errónea de la amenorrea temporal y de los abortos provocados como abortos espontáneos (17).

Considero que es de vital importancia conocer el problema del aborto en las pacientes que acuden al centro hospitalario de Zacapa, por -- presentarse éste frecuentemente.

En esta investigación se analizó el aborto -- por su etiología, la evolución clínica del mismo: amenaza de aborto, aborto inminente, aborto inevitable, aborto en curso, aborto incompleto, aborto completo, aborto diferido, aborto habitual y aborto séptico. Así también dependiendo de la edad gestacional.

REVISION DE LA LITERATURA

ASPECTOS HISTORICOS:

A traves de la historia ha existido la preocupación por la vida y su mejoramiento pero también han persistido diversos problemas sociales o de salud que han tratado de solucionarse, bien o mal, a lo largo de las generaciones, por ejemplo, en el caso del aborto inducido (criminal), se registran desde la más remota antigüedad, diversas prácticas para su ejercicio, o bien tendientes a evitar la concepción (2).

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 2,727 A. C. se menciona el "Shuh-Yin" o mercurio como sustancia abortiva. (12).

En Roma el aborto no constituyó delito alguno, pues considerándose el feto como parte de la mujer, como una víscera, ésta si abortara no hacía más que disponer libremente de su propio cuerpo, pero el uso de sustancias abortivas sí se castigaba (2 y 12).

Volviendo a Egipto antes de nuestra Era, donde se respetaban los conceptos de verdade-

ra devoción mística por el que habría de nacer, se consideraba a la concepción como un misterio divino. (2)

Se señala en principio y de acuerdo a la ley natural, "que todo aborto es equivalente a la muerte de un ser humano." (2).

Los mayas practicaban el aborto provocando traumatismos en el vientre de la madre hasta aparecerle hemorragia. (12)

En la Edad Media la religión católica castigaba el aborto, al grado de hacer perecer a golpes a la mujer que se hacía abortar. (2)

Posteriormente Forest exige el derecho de la mujer para disponer de su propio cuerpo, argumentaciones que dieron lugar a que médicos, sociólogos y juristas, se ocuparan ampliamente de este problema. (2).

Revisando la historia de esta variedad de aborto nos damos cuenta que fue Rusia la primera nación que se interesó en la legalización del aborto en el año de 1920, para todas aquellas personas que por circunstancias varias lo pedían (12).

Al pasar de los días, 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. (12).

No es raro pensar, que por una parte las presiones relacionadas con los problemas demográficos de los países, o bien por catástrofes sociales o guerras hayan modificado al parecer firmes conceptos legales, morales, éticos, religiosos o simplemente haya sido esto producto de su evolución; un ejemplo es Francia, antes de 1974, el aborto ilegal estuviera penado con la muerte, siendo sin embargo legalizado a partir de ese año (2).

En México al igual que en Guatemala, la ley permite el aborto en ciertas circunstancias, con fines profilácticos o terapéuticos, por ejemplo cuando se trata de salvar la vida de la madre, de lo contrario lo prohíbe el Código Penal; pero sin embargo, las autoridades competentes son tolerantes en cuanto al aborto que se considera ilegal, y saben se efectúa sin autorización alguna, es decir que no existen leyes que estén a la altura del avance social en que vivimos. (2,9,12,15)

La realidad, es que ni castigos a las personas participantes en un aborto inducido (criminal), ni la liberación a cargo de clínicas del estado han servido para evitarlo, lo cual evidentemente nos lleva a pensar en la existencia de numerosos factores complejos que lo condicionan y --

predisponen, (2).

Con respecto a la presente situación mundial, podemos señalar que actualmente el aborto es legal en el 36 por ciento de los países a la simple solicitud de la persona, siempre y cuando se efectúe éste antes de la semana 12 del embarazo; el 24 por ciento lo admite por razones específicas; un 16 por ciento sólo por razones médicas y continúa siendo ilegal en el 8 por ciento. (2)

ANTECEDENTES

Desde hace muchos años el aborto se ha venido estudiando desde el punto de vista médico, social, económico, psicológico, legal, religioso, educativo, moral, etc., por lo que en la actualidad podemos decir que el problema del aborto es una enfermedad multi-causal. (2 y 12).

En Guatemala en diversos hospitales capitalinos y departamentales se han realizado investigaciones en lo que a aborto se refiere; pero en el Hospital Regional de Zacapa no se había efectuado ningún estudio de esta índole.

ESTUDIOS EFECTUADOS:

En el año de 1970, se efectuó un estudio de 200 casos de aborto en la maternidad del Hospital Roosevelt en el cual encontraron que el aborto ocurrió entre 13 a 45 años de edad, pero más frecuentemente osciló entre 18 y 30 años de edad, presentando de 2 a 5 embarazos previos, (24).

En el período comprendido de septiembre de 1971 a 1972 se analizaron en forma

retrospectiva 101 casos de aborto séptico en el Hospital General San Juan de Dios, encontrando que el 70 por ciento de las pacientes presentaron de 2 a más embarazos previos; el 89 por ciento presentó episodios febriles, y la edad más frecuente osciló entre 15 y 30 años de edad, (7).

En la maternidad del Hospital Roosevelt en el período comprendido de 1971 a 1972, se realizó un estudio sobre Aborto Séptico, el cual reportó 63 casos. La mayor incidencia de éste fué en pacientes de 21 a 30 años de edad, haciendo un porcentaje de 58.73%; tipo de aborto más frecuente fue el embrionario con un porcentaje de 48.21 %, y la complicación más frecuente fue el shock séptico, falleciendo 6 pacientes, (13).

En el Hospital Nacional de Amatitlán en el año de 1976 se realizó un estudio prospectivo de 100 casos de aborto y estudio retrospectivo de 244 casos; en ambos estudios la raza ladina presentó más abortos, el aborto incompleto fue el más frecuente, (8).

En los años de 1972 a 1976 se analizaron en forma retrospectiva 60 casos de aborto frustrado en la maternidad del Hospital Roosevelt, observando que la edad más frecuente fue en madres de 15 a 35 años de edad; el tratamiento fue conservador. (23)

Del año de 1974 a 1978 se efectuó un estudio sobre incidencia de abortos en el Hospital de Retalhuleu reportando que el grupo etáreo más afectado fue de 20 a 24 años de edad y el tipo de aborto más frecuente fue el incompleto, (11).

En el Hospital Nacional de Jutiapa -- realizaron una investigación sobre incidencia de abortos correspondiendo al año de 1977, reportando 219 casos, de los --- cuales el 57.52 por ciento fueron pacientes comprendidas entre 20 y 34 años de edad, y la incidencia fue de 10.73 por ciento. (21).

En 1978 efectuaron un estudio retrospectivo en el Hospital Nacional de Jalapa encontrando que el aborto es más frecuente entre 20 y 30 años de edad (5).

En el período comprendido de julio de 1978 a junio de 1979 se analizaron en forma retrospectiva 226 casos de aborto en el Hospital Modular del departamento de Chiquimula, reportando que el mayor porcentaje de abortos fue entre 20 y 40 ---- años de edad (75.65%), y los cuadros clínicos más frecuentemente asociados al aborto fueron el sarampión y la neumonía basal (4).

En 1979 en la maternidad del Hospital -

Roosevelt analizaron en forma re----- retrospectiva 243 casos de aborto séptico encontrando que el 49.80% de las pacientes estaban comprendidas entre 16 y 25 años de edad, con -- más de 2 embarazos, el 58.02% presentó fiebre. Las complicaciones más frecuentes fueron el legrado incompleto con 42 casos (17.28%) y la infección pélvica, (6).

En el Hospital del departamento de Quezaltenango, en el período entre los años de 1978 a 1979 se realizó un estudio de 250 casos de pacientes con abortos incompletos en su mayoría, reportando que el aborto fue más frecuente entre los 21 y 25 años de edad con 76 casos (30.4%); la mayor parte de procedencia rural, que han presentado de 2 a 4 gestas, el 55.2% casadas, el aborto embrionario fue el más frecuente y la complicación más frecuente fue el shock -hipovolémico (9).

En estos estudios se observa que el aborto es más frecuente en pacientes de raza ladina en un 96%, la mayoría de oficios domésticos y de procedencia urbana, aproximadamente el 75% eran unidas de hecho. De estos estudios hay uno prospectivo, el cual reporta que el aborto fue más frecuente en las solteras, lo cual hace pensar que desde el punto de vista médico es una enfermedad social. Efectuaron legrado a la mayoría, y la antibióticoterapia administrada fue la penicilina y cloranfenicol, reportando haber usado también estreptomycin en uno de los estudios - del Hospital Roosevelt.

En marzo de 1980 se efectuó un estudio retrospectivo de 500 casos consecutivos de histerectomías abdominales, realizadas por el Servicio de Aborto Terapéutico de los Angeles en el Centro Médico de la Universidad de California correspondiendo a 1964- 1974.

La edad más frecuente de las pacientes fué entre 26 y 35 años, de 3 a 8 meses de embarazo. Más del 30% tenían problemas médicos severos o problemas sociales que contribuían a la selección de este procedimiento. En más del 80% la histerectomía fué el único proceso quirúrgico que se practicó. Como síntomas presentaron hemorragias y episodios febriles. Esto se cree que es un método seguro y efectivo -- para la terminación de un embarazo no deseado, (1).

En el periodo comprendido de enero de 1973 a diciembre de 1976, se analizaron en forma retrospectiva 57 casos de aborto habitual en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Dr. Ignacio Morones Prieto" del IMSS., en la ciudad de Monterrey, México reportando que el factor más importante fue la incompetencia ístmico cervical, 19 casos (33.3%), habiendo usado para su corrección la técnica de MacDonald. (10)

DEFINICION DE ABORTO

Aborto es la terminación del embarazo en una fecha cualquiera antes de que el feto haya alcanzado un estadio de viabilidad. Las interpretaciones de la palabra "viabilidad" han oscilado entre los que la aplican a un feto de 400 gr. (aproximadamente a las 20 semanas de gestación) y los que sólo la usan para designar al que pesa 1,000 gr. (aproximadamente a las 28 semanas de gestación) (22).

CLASIFICACION DE ABORTO

El aborto atendiendo a su etiología, puede clasificarse en:
a) espontáneo y b) provocado, el cual puede ser: profiláctico, terapéutico y criminal (20).

Aborto espontáneo: Es la terminación del embarazo antes que el fruto sea viable debida a causas naturales sin intervención mecánica médica. (22).

Aborto Provocado: Es aquel aborto en donde hay intención o se induce premeditadamente al cese del embarazo, no importando los medios en que se lleve a cabo (20).

Los abortos profiláticos y terapéuticos-excepcionales hoy son abortos legales provocados

por el médico con el fin de prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades generales importantes, en las que la gestación es un motivo natural del empeoramiento, con peligro de la vida materna ahora el aborto criminal constituye un capítulo de la medicina legal ya suficientemente conocido (20).

Según la época de la gestación, el aborto puede ser:

- Ovular: de 0 a 8 semanas
- Embrionario: de 9 a 17 semanas
- Fetal: de 18 a 27 semanas.

ETIOLOGIA

Las causas que pueden generar un aborto, pueden resumirse en cuatro grupos fundamentales:

1. Causas orgánicas de aborto, Se mencionan las enfermedades generales como: la sífilis que en la actualidad puede ser causa de aborto si no se trata o la tuberculosis grave; y en enfermedades locales como la organopatías pélvicas de todo orden, genitales o extragenitales, que pueden provocar el aborto por ejemplo: infecciones genitales, tumores displasias, desgarros cervicales con deficiente retención del huevo, alteraciones propias del útero, incompetencia del orificio del cuello, etc., (20,22).

Las enfermedades infecciosas pueden originar el aborto espontáneo por medio de la infección y la muerte del feto. Entre ellas figura la rubeola, que no sólo es la causa de anomalías congénitas sino que aumenta la frecuencia del aborto espontáneo. (17).

2. Causas funcionales de aborto. Constituyen este grupo aquellas enfermedades que producen trastornos metabólicos (diabetes, nefropatías) y las endocrinopatías "extragonadales", como los distiroidismos o las puramente gonadales, alteraciones funcionales del ovario o de la placenta. (20).

3. Causas psicodinámicas del aborto: Se incluyen en este grupo a todas aquellas pacientes infértiles clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en las que profundos traumas emocionales conscientes o subconscientes son la noxa que provoca el aborto. (20).
4. Causas ovulares: El huevo puede estar constituido por elementos genéticamente anormales. (20).
5. Otras causas: Traumatismos físicos directos é indirectos, excesos sexuales, etc. (20).
6. Factores nutricionales: Deficiencia en calcio, yodo y vitaminas, y dietas deficientes en general (3).
7. Laparatomía: El trauma que representa la laparatomía a veces provoca -- aborto, es también susceptible de -- provocarlo, la peritonitis generalizada (22).
8. Tabaquismo: Muchos estudios han señalado relación entre el retardo del crecimiento fetal y tabaquismo intenso en sus madres. Buther y colaboradores observaron que el número de -- muertes fetales tardías aumentó sig-

- nificativamente en madres que fumaban demasiado, aumentado de esta manera la frecuencia de abortos (18).
9. Rayos X: Algunos investigadores opinan que es probable que exista un mayor riesgo de falta de disyunción cromosómica en los hijos de madres que recibieron dosis acumulativas e importantes de radiación en los ovarios (18).
 10. Volviendo al aborto criminal, se han utilizado diversos procedimientos para efectuarlo. Se encuentran las llamadas sustancias abortivas y maniobras abortivas. La sustancias abortivas comprenden: vegetales, minerales y hormonales.
- La mayoría son de posología incierta y su acción es variable debido a que depende de susceptibilidad a la droga del organismo que la ingiere.
- Los tóxicos y vegetales más conocidos son: apiol, ruda, artemisa, sabina y azafrán.
- Entre los minerales el más usado es el plomo.
- Entre las sustancias hormonales se han usado por lo general los estrógenos, que según parece no tienen acción abortiva cuando el

embarazo está formado y en evolución, pero sí al estar el feto muerto o el embarazo a término.

Entre las maniobras abortivas tenemos: introducción de cuerpos extraños en el endocervix como por ejemplo: tubos de hule, inclusive maniobras digitales, agujas de tejer, varillas de paraguas, así como introducción de líquidos como agua de jabón, vinagre etc. (12)

FRECUENCIA

La incidencia del aborto espontáneo se considera que alcanza el 10 o 15% de todos los embarazos, pero otros autores suponen que el 15 a 25% de los embarazos terminan en aborto, la mayor parte durante el primer trimestre, y conforme avanza el embarazo disminuye dicha cifra. Una publicación de la Federación Internacional de Paternidad Planeada señaló que: "en el mundo cada año ocurren 285 millones de concepciones, de los cuales 125 millones culminan en el parto de un producto vivo; 85 millones representan pérdida fetal, 40 millones aborto espontáneo, 30 millones abortos inducidos y 5 millones óbito fetal, (18,22).

En México en 1979, efectuaron un estudio donde reportan que la frecuencia del aborto habitual de causa genética es de 8.3%, cifra similar a la de otros autores, (19).

PATOLOGIA:

La lesión más frecuente encontrada en el aborto espontáneo es la hemorragia en la decidua basal, seguida de alteraciones necróticas en los tejidos adyacentes a la hemorragia. Puede sobrevenir una reacción inflamatoria. A consecuencia de la hemorragia y de la necrosis, el huevo se desprende iniciando eventualmente las contracciones a consecuencia de las cuales se produce la expulsión. (22)

SINTOMAS Y FORMAS CLINICAS DEL ABORTO

Los abortos por su evolución clínica se clasifican en :

1. Amenaza de aborto
2. Aborto inminente
3. Aborto Inevitable
4. Aborto en curso
5. Aborto incompleto
6. Aborto completo
7. Aborto diferido
8. Aborto infectado o séptico
9. Aborto habitual

1. Amenaza de Aborto:

Este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza por: hemorragia genital, dolores hipogástricos, dolores lumbares y ausencia de dilatación cervical. La hemorragia de la amenaza de aborto, es con frecuencia ligera. (20).

2. Aborto Inminente:

Es una exageración de los síntomas y signos descritos anteriormente, (20).

3. Aborto Inevitable:

Al cuadro anterior se le agrega: comienza a dilatarse el cuello uterino, especialmente el orificio interno, con exageración de la sintomatología dolorosa y de la hemorragia, más calambres. Se caracteriza por la rotura de las membranas estando el cuello dilatado, (16,20).

4. Aborto en Curso:

Al cuadro anterior se le agrega: hidrorrea hemorragia y eliminación de trozos o la totalidad de la placenta, (20).

5. Aborto Incompleto:

Es aquel en que ya la paciente expulsó el producto y luego quedan restos placentarios retenidos. Se produce a menudo hemorragia profusa y persistente, siendo éste el principal y a menudo el único signo de aborto incompleto, pudiendo llegar a causar choque profundo (20,22).

6. Aborto Completo:

En este caso el huevo ha sido expulsado espontánea y completamente del útero, luego después la matriz recupera su tamaño y consistencia previos al embarazo, (ocurre cuando es ovular o fetal). (20)

7. Aborto Diferido:

También recibe el nombre de aborto-retenido, frustrado o fallido.

Es la retención del producto de la concepción durante dos meses o más, después de haber muerto el feto. - La complicación más temible es la hipofibrinogenemia, (20,22)

8. Aborto Séptico o infectado:

Es aquel donde el contenido del útero está infectado. Cuando el aborto incompleto no es solucionado con rapidez y permanece durante muchas horas abierto el orificio interno del cuello uterino, son factibles las infecciones ascendentes. Signos clínicos del aborto Séptico: fiebre en picos, palidez, taquicardia, escalofríos, secreción vaginal de aspecto purulento o sanguinolento achocolatado, pero especialmente fétido, dolor tipo obstétrico en hipogástrico. (20).

9. Aborto Habitual:

Es cuando se producen tres o más abortos consecutivos. (20,22).

ETIOLOGIA DEL ABORTO HABITUAL:

Factores etiológicos:

- a) Defectos primarios en las células germinales anormales
- b) Medio materno defectuoso o inadecuado.

Algunas de las causas posibles de estos defectos maternos son:

1. Disfunción tiroidea
2. Factores nutricionales
3. Alteraciones uterinas anatómicas (útero doble, fibromas submucosos, etc.)
4. Cervix incompetente: Es una causa frecuente en el aborto habitual, y el tratamiento es quirúrgico.
5. La sífilis, actualmente si no se trata, todavía puede ser causa de aborto.
6. Incompatibilidad de grupos sanguíneos: Aunque la incompatibilidad Rh puede producir aborto por eritroblastosis, es muy frecuente que de lugar a aborto tardío. Sin embargo cada día se tienen más pruebas que sugieren que la incompatibilidad ABO puede ejercer cierta influencia etiológica en el aborto habitual.
7. Enfermedades psiquiátricas. (22).

DIAGNOSTICO DEL ABORTO

Se deben excluir:

- 1) Enfermedades genecológicas con hemorragias genitales.
- 2) Enfermedades obstétricas con hemorragia del principio de la gestación.
 - a) Embarazo extrauterino
 - b) Mola vesicular o hidatiforme (20).

CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES:

La consecuencia más grave del aborto es la muerte. Las complicaciones graves del aborto están, por lo general, pero no siempre, asociadas al aborto ilegal, además están relacionadas con la infección y con la hemorragia. (22).

Pueden producirse: Endometritis, pelviperitonitis-pos-aborto, abscesos pélvicos, endocervicitis, salpingitis aguda, sepsis, insuficiencia renal aguda y choque séptico. (16,20,22).

En un aborto séptico, al efectuar cultivos podemos encontrar los gérmenes más frecuentes:

Anaerobios: Como: B-estreptococos, -- bacteroides y clostridium Welchii --- (Perfringens).

Aerobios como: Escherichia coli, pseudomonas, estreptococo B-hemolítico, enterococo, -- etc. (22).

PERFORACIONES DEL UTERO:

Puede ser accidental por un legrado, o por manipulaciones abortivas. (22).

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se desarrolló en el Hospital Regional del departamento de Zacapa, el cual se dió inicio revisando los libros de la maternidad que contenían información sobre abortos, encontrándose 234 fichas clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto que son las tabuladas y discutidas en este trabajo.

Los datos fueron recopilados en una hoja especial tomando en cuenta parámetros como: edad de la paciente, procedencia, grupo étnico, ocupación, estado civil, religión, motivo de consulta, antecedentes obstétricos, control prenatal, uso de anticonceptivos (DIU, píldora), resultados de laboratorio, diagnóstico presuntivo y clínico, complicaciones, restos placentarios fétidos con fiebre y sin fiebre, días de hospitalización y tratamiento utilizado.

RECURSOS HUMANOS:

- Médicos: Asesor y Revisor
- Personal de Estadística del Hospital Regional de Zacapa.
- Personal del archivo de Registros médicos del Hospital
- Autora.

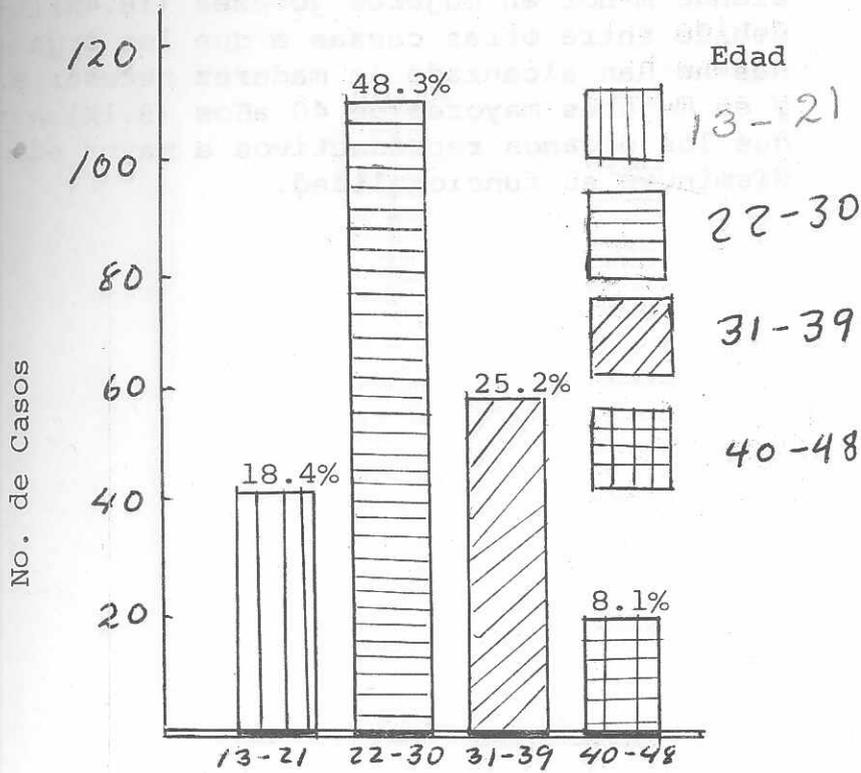
RECURSOS FISICOS:

- Material bibliográfico: Libros de Gineco-Obstetricia, revistas de literatura médica, artículos, etc.
- Libros de abortos de servicio de maternidad
- Hoja especial para recopilar los datos.
- Fapeletas de registros médicos.

RESULTADOS Y ANALISIS

GRAFICA 1

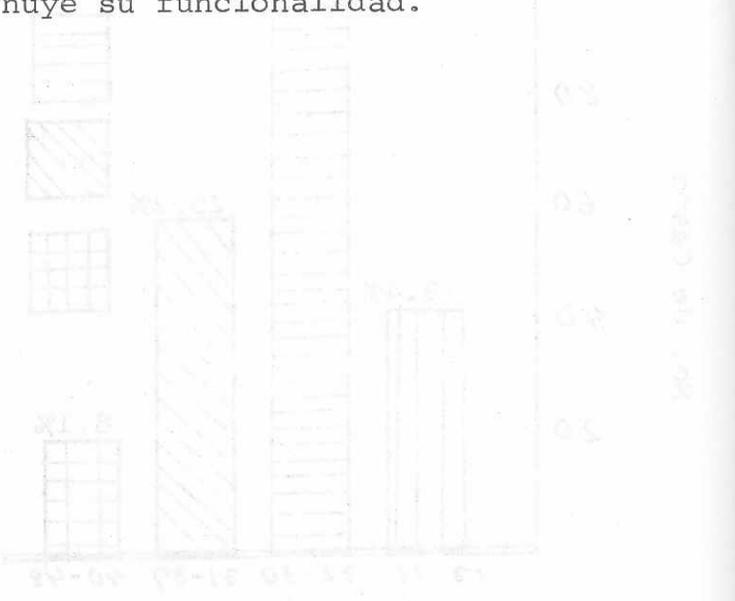
Distribución por edad de 234 casos de aborto



EDAD EN AÑOS

Esta gráfica muestra la distribución por edades de 234 casos de pacientes que abortaron, observándose la mayor incidencia en las edades comprendidas entre 22 y 30 años (48.3%), probablemente debido a que en esta edad la mujer presenta un mayor grado de fertilidad, y por lo tanto habrá mayor cantidad de concepciones

siendo menor en mujeres jóvenes (18.4%), - debido entre otras causas a que los órganos no han alcanzado la madurez necesaria, y en mujeres mayores de 40 años (8.1%) por que los órganos reproductivos a mayor edad disminuye su funcionalidad.



CUADRO I

Procedencia de 234 pacientes que presentaron -- aborto

Procedencia	Número de casos	Porcentaje
Urbana	122	52.1
Rural	112	47.9
Total	234	100.0

Este cuadro nos indica que la mayor cantidad de casos de aborto se presentaron en pacientes de procedencia urbana con 122 casos --- (52.1%), posiblemente, este aumento se deba a -- que las pacientes acuden con más frecuencia a -- los centros hospitalarios por su accesibilidad, disminuyendo dicha cifra en pacientes de procedencia rural, (47.9%), tal vez porque a veces -- no hay vías de acceso para poder llegar rápido a los servicios de salud, influyendo a la vez -- el factor económico.

CUADRO II

Clasificación por grupo étnico

Grupo Etnico	No de casos	Porcentaje
Ladina	183	78.2
Indígena	4	1.7
Sin información	47	20.1
Total	234	100.0

En el presente cuadro se observa que el aborto afectó más a la raza ladina que a la indígena, observándose en la primera 183 casos (78.2%), debido a que estas pacientes por su nivel educativo acuden con mayor frecuencia a los centros hospitalarios, donde quedan registrados; pero no es que no ocurran abortos en la raza indígena.

En otros estudios efectuados en los diferentes hospitales de Guatemala también la raza ladina es la más afectada.

COMENTARIO: Pienso que en la raza indígena si existen abortos, pero que en nuestro medio la mujer ladina aborta más que la indígena, esto puede estar relacionado a --- factores culturales más sólidos en la mujer indígena.

CUADRO III

Ocupación de 234 pacientes que presentaron -- aborto.

Ocupación	No. de casos	Porcentaje
Oficios domésticos	202	86.5
Maestra Educ. Primaria	2	0.8
Comerciante	2	0.8
Enfermera	1	0.4
Perito Contador	1	0.4
Trabajadora Social	1	0.4
Estudiante	1	0.4
Sin Información	24	10.3
Total	234	100.0

En este cuadro, el número de casos de aborto, se observa con mayor frecuencia en pacientes que se dedican a oficios domésticos, 202 - casos, representando el 86.5% del total de casos; probablemente por su bajo nivel cultural, socio-económico, o falta de información, éstas no acuden a la Clínica de Aprofam o Centros de Salud, para la selección de un método anti conceptivo con lo cual disminuiría el número de abortos. En el resto de los casos el aborto es poco frecuente.

En 24 pacientes (10.3%) no se encontró información que reporte la ocupación de las mismas.

Comentario: Cuadro número III

Este 86.5% es víctima secundaria a su relación laboral, la cual la pone en contacto con ciertas condiciones favorables para que el aborto ocurra.

CUADRO IV

Clasificación de las pacientes Según el Estado Civil

Estado Civil	No. de casos:	Porcentaje
Casada	50	21.4
Unida	92	39.3
Soltera	12	5.1
Viuda	1	0.4
Sin información	79	33.8
Total	234	100.0

Respecto al estado civil de las pacientes, en este cuadro se observa que las unidas de hecho abortaron más frecuentemente haciendo un total de 92 casos (39.3%); probablemente debido a que éstas, están inseguras en su matrimonio, y también carecen de medios económicos; siguiendo en orden de frecuencia las casadas, en un 21.4% y las solteras con 12 casos (5.1%).

En 79 casos (33.8%) no se encontró información que reporte el estado civil.

Respecto a religión, únicamente un 0.85% son católicas, el resto se desconoce el dato.

CUADRO V

Clasificación de 234 casos de aborto Según el motivo de consulta

Motivo de Consulta:	No. de casos	Porcentaje
Hemorragia vaginal	116	49.7
Hemorragia con dolor	87	37.3
Expulsión feto y hemorragia	18	7.6
Hemorragia Vag. post-legrado	3	1.3
Hemorragia y fiebre	3	1.3
Fibre, dolor y hemorragia	2	0.8
Maniobras abortivas	2	0.8
Hemorragias sec. a caídas	1	0.4
Vómitos, fiebre y hemorragia	1	0.4
Hidrorrea y dolor	1	0.4
Total	234	100.0

En el presente cuadro se observa que el motivo de consulta más frecuente fue la hemorragia vaginal con 116 casos (49.7%), confirmándose que es éste el principal y a menudo el único signo de aborto incompleto; tal como lo mencionara Williams en su 6a. reimpresión 1978, (22); siguiendo en orden de frecuencia la hemorragia vaginal acompañada de dolor en un 37.3%; en el resto de los casos hubo variabilidad, haciendo notar que el 0.8% de las pacientes refirieron aborto provocado (criminal), por la introducción en el endocervix de sonda u otro objeto.

CUADRO VI

Tiempo de evolución de los síntomas referidos en la consulta por las pacientes que presentaron aborto

Tiempo en días	No. de casos	Porcentaje
0 - 2	79	33.8
3 - 5	57	24.4
6 - 8	28	11.9
9 -11	9	3.8
12 -14	4	1.7
15 o más	32	13.7
Sin información	25	10.7
Total	234	100.0

Respecto al tiempo de evolución de la sintomatología del aborto, en este cuadro se observa que la mayor parte (33.8%) de pacientes refirió tener de 0 a 2 días; el 24.4% de 3 a 5 días. En 25 pacientes (10.7%) no se encontró información que reporte el tiempo de evolución de los síntomas.

CUADRO VII

Distribución de antecedentes de gestación en 234 casos de aborto.

Número de embarazos	No. de Casos	Porcentaje
0 - 2	35	15.0
3 - 4	52	22.2
5 - 6	21	9.0
7 - 8	23	9.8
9 - 10	17	7.3
11 - 12	2	0.8
13 - 14	6	2.6
15 o más	3	1.3
Sin información	75	32.0
Total	234	100.0

De los 234 casos de aborto, 52 (22.2%) pacientes presentaron entre "3 y 4" embarazos; 35 de "0 a 2" embarazos (15%), siguiéndole en orden de frecuencia, las que han presentado entre "5 y 6" embarazos (9%), de "7 a 8" (9.8%) de "9 a 10" (7.3%), y de "11 a 15" el número de casos disminuyó considerablemente. En 75 pacientes (32%) no se encontró información que reporte el número de embarazos presentados. Por lo tanto 159 pacientes han presentado 824 embarazos, ya que de 75 pacientes no hubo información.

CUADRO VIII

Antecedentes de paridad en 234 pacientes - que presentaron aborto

Paridad	No. de casos	Porcentaje
0 - 1	40	17.1
2 - 3	50	21.4
4 - 5	26	11.1
6 - 7	23	9.9
8 - 9	12	5.1
10 - 11	3	1.3
12 - 13	4	1.7
14 o más	1	0.4
Sin información	75	32.0
Total	234	100.0

El presente cuadro muestra los antecedentes de paridad de 234 casos de pacientes que abortaron, observándose la mayor incidencia entre "2 y 3"; siguiendo en orden de frecuencia las que han presentado entre -- "0 y 1" (17.1%), de "4 a 5" (11.1%), de "6 a 7" (9.9%), de "8 a 9" (5.1%), y de "10" y más el Número de casos disminuyó.

En 75 pacientes (32%) no se encontró - información que reporte el número de partos presentados. Lo anterior indica que las - pacientes multíparas fueron las más afectadas.

CUADRO IX

Número de hijos vivos de 234 pacientes que pre sentaron aborto.

No de hijos vivos	No. de casos	Porcentaje
0 - 2	24	10.3
3 - 5	19	8.1
6 - 8	10	4.3
9 - 11	7	3.0
Sin Información	174	74.3
Total	234	100.0

En este cuadro se observa que el 10.3% de las pacientes que abortaron han presentado en tre "0 y 2" hijos vivos, el 8.1% entre "3 y 5", el 4.3% entre "6 y 8", y el 3% han presen tado entre "9 y 11" hijos vivos.

En 174 casos no se obtuvieron datos, re - presentando un porcentaje de 74,3%.

CUADRO X

Número de abortos previos en 234 pacientes que presentaron aborto

Abortos previos	No. de casos	Porcentaje
0	106	45.3
1	41	17.5
2	7	3.0
3	5	2.1
4	0	0.0
5	1	0.4
Sin Información	74	31.7
Total	234	100.0

El presente cuadro nos indica que la mayoría de las pacientes, 106 casos (45.3%) no han presentado ningún aborto, siguiendo en orden de frecuencia las que han presentado un aborto previo (17.5%), y las que han presentado de 2 abortos y más el número de casos fue disminuyendo considerablemente.

En 74 casos de aborto (31.7%) no se encontró información que reporte el número de abortos previos.

CUADRO XI

Edad gestacional de 234 pacientes que presentaron aborto.

Edad gestacional en semanas	Tipo de aborto	No. de casos	Porcentaje
0 - 8	Ovular	37	15.8
9 - 17	Embriionario	121	51.7
18 - 27	Fetal	18	7.7
Sin Información		58	24.8
Total		234	100.0

El presente cuadro muestra la edad gestacional de 234 pacientes que presentaron aborto, -- observándose que el tipo de aborto más frecuente fue el embrionario con 121 casos (51.7%), en segundo lugar el ovular (15.8%), y el fetal en un 7.7%.

Según literatura revisada, el más frecuente es el ovular y luego el embrionario; siendo en este caso lo contrario, lo cual hace pensar que la mayor parte de abortos han sido provocados.

En 58 casos (24.8%) no se encontró información que reporte estos tipos de aborto.

CUADRO XII

Uso de método anticonceptivos en 234 pacientes que presentaron aborto.

Método Anticonceptivo	No. de casos	Porcentaje
píldora	2	0.8
Ninguno	3	1.3
Sin Información	229	97.9
Total	234	100.0

Este cuadro nos muestra el uso de métodos anticonceptivos en 234 casos de pacientes que presentaron aborto, el cual nos indica que el 0.8% usó la píldora, el 1.3% ningún método y en el 97.9% no se encontraron datos. Lo anterior nos indica que la contracepción puede ser inadecuada, inaceptada, no informativa o simplemente no practicada, porque en este caso el uso de métodos anticonceptivos es infrecuente, y siempre a diario vemos muchos casos de aborto.

CUADRO XIII

Colocación de DIU después del legrado

DIU	No. de casos	Porcentaje
Asa de Lippes	2	0.8
No se colocó	232	99.2
Total	234	100.0

En este cuadro se observa que el 0.8% de las pacientes usó el DIU después del legrado y el 99.2% no lo usó.

CUADRO XIV
Laboratorios efectuados en 234 casos de aborto

Hematología			Orina			VDRL.			Gota gruesa		
	Número de casos	%		Número de casos	%		Numero de casos	%		Número de casos	%
Hb menor de 10 gr.	77	32.9	Si	2	0.8	Si	2	0.8	Positiva	1	0.4
Hb mayor de 10 gr	56	23.9	No	232	99.2	No	232	99.2	Negativa	3	1.3
No se efectuó	101	43.2							No se efec tuó	230	98.3
Total	234	100.0		234	100.0		234	100.0		234	100.0

En el presente cuadro observamos los exámenes de laboratorio efectuados en pacientes que presentaron aborto; observándose que el 32.9% presentaron hemoglobina menor de 10 gr.; desarrollándose en éstas anemia en diversos grados; el 23.9% presentó hemoglobina mayor de 10 gr., y en el resto de los casos no se les efectuó, siendo el 43.2%. El 0.8% presentaron Orina negativa, y al 99.2% no se les efectuó, siendo conveniente, ya que las infecciones renales pueden asociarse al aborto especialmente séptico. El 0.8% presentaron VDRL. negativo y al 99.2% no se les efectuó. En 4 pacientes se efectuó gota gruesa, sospechando paludismo, siendo positiva en un 0.4%, el 1.3% negativa, y en el 98.3% no se efectuó, porque el caso no lo meritaba.

No se tomó frote, ni cultivos en ningún caso.

CUADRO XV
Diagnóstico de 234 casos de pacientes que presentaron aborto

Diagnóstico Presuntivo	No. de casos	%	Diagnóstico Clínico	No. de casos	%
Amenaza de aborto	13	5.6	Amenaza de aborto	0	0.0
Aborto Inevitable	1	0.4	Aborto inevitable	1	0.4
Aborto en curso	29	12.4	Aborto en curso	8	3.4
Aborto incompleto	153	65.5	Aborto incompleto	191	81.7
Aborto completo	1	0.4	Aborto completo	3	1.3
Aborto frustrado	1	0.4	Aborto frustrado	1	0.4
Aborto séptico	26	11.1	Aborto séptico	23	9.9
Aborto provocado (séptico)	2	0.8	Aborto séptico (criminal)	2	0.8
Aborto habitual	1	0.4	Aborto habitual	1	0.4
Aborto y legrado incompleto	3	1.3	Aborto y legrado incompleto	0	0.0
Aborto fetal	3	1.3	Aborto fetal	3	1.3
Enteritis y embarazo en curso	1	0.4	Shock séptico, aborto incompleto y fiebre tifoidea	1	0.4
Total	234	100.0		234	100.0

Este cuadro muestra la clasificación por diagnóstico presuntivo y clínico de 234 pacientes que presentaron aborto; en la cual se observa que el aborto incompleto fue el más frecuente al ingreso, en un 65.5%, y en un 81.7% al egreso; la mayor incidencia de éste en el diagnóstico clínico fue porque las amenazas de aborto (5.6%), abortos en curso (12.4%), aborto y legrado incompleto (1.3%) egresaron como abortos incompletos. Siguiendo en orden de importancia el aborto séptico (11.1%) y provocado (séptico) en un 0.8%, que el ingreso ocupó el tercer lugar y ya en el diagnóstico clínico ocupó el segundo lugar con 23 casos (9.9%) más los 2 provocados (criminales), en un 0.8%, representando un total de 10.7% del total de casos. Generalmente los abortos sépticos son criminales, pero las pacientes no lo refieren por temor o miedo a alguna sanción, o por vergüenza. Además una paciente (0.4%) que ingresó con diagnóstico de enteritis y embarazo en curso, su diagnóstico clínico fue shock séptico, aborto incompleto y fiebre tifoidea.

CUADRO XVI

Complicaciones en las pacientes que presentaron aborto

Complicaciones	No. de casos	Porcentaje
Anemia	33	14.1
Infección	25	10.7
Shock hipovolémico	3	1.3
Shock Séptico	1	0.4
Hipotensión	1	0.4
No presentaron complicaciones	171	73.1
Total	234	100.0

Entre las complicaciones se observa con mayor frecuencia la anemia (14.1%) debido a las pérdidas hemorrágicas; siguiendo en orden de frecuencia la infección (10.7%); -- shock hipovolémico en un 1.3%; un caso ---- (0.4%) de shock séptico, que no se efectuó legrado por el estado de la paciente, quien falleció posteriormente; hipotensión ----- (0.4%) y 171 casos no presentaron complicaciones.

Cabe mencionar que entre las enfermedades asociadas a la gestación, se encontró papilomatosis genital en un 0.8%; paludismo a vivax (0.4%), y fiebre tifoidea (0.4%). Según Alimurung y Manahan (22), el embarazo complicado con fiebre tifoidea da por resultado el aborto o el parto prematuro en un 60 a 80% de los casos, con

una mortalidad fetal de un 75% y una mortalidad materna de un 15%.

CUADRO XVII

Restos placentarios fétidos con fiebre y sin fiebre en 234 casos de aborto.

Restos placentarios	No. de casos	Porcentaje
Restos no fétidos sin fiebre	190	81.2
Restos fétidos con fiebre	25	10.7
Restos con ligera fetidez sin fiebre	19	8.1
Total	234	100.0

De acuerdo a la clasificación de los restos placentarios de las pacientes que abortaron, se observa que la mayoría (81.2%) presentó restos no fétidos y sin fiebre; el 10.7% presentó restos fétidos con fiebre, y el 8.1% restos con ligera fetidez y sin fiebre, sin embargo no se excluye que éstos últimos podrían haber sido -- abortos sépticos.

CUADRO XVIII

Tiempo de hospitalización de 234 casos de
pacientes que abortaron

Días	No. de casos	Porcentaje
1	108	46.2
2	80	34.2
3	27	11.5
4	6	2.6
5	7	3.0
6	4	1.7
7	2	0.8
Total	234	100.0

Se observa en este cuadro que el 46.2% del total de casos tuvieron 1 día de hospitalización, el 34.2% 2 días; ahora bien, -- las pacientes que estuvieron hospitalizados de 3 días y más, fue por algunas complicaciones, aborto séptico, amenazas de abortos, etc.

CUADRO XIX

Tratamiento utilizado en 234 casos de aborto

Tratamiento	No. de casos	%
1. Procesoamiento		
quirúrgico:		
Legrado uterino		
instrumental	230	98.3
No se efectuó legrado	4	1.7
2. Tipo de anestesia:		
Anestesia general		
(Pentothal)	229	97.9
Sin anestesia (Valium)	1	0.4
3. Drogas:		
Occitócicos:		
Methergin	233	99.6
Ergotrate	233	99.6
Sintocinón	30	12.8
Analgésicos:		
Acido acetil salicílico	230	98.3
Neomelubrina	13	5.5
Baralgina	4	1.7
Lisálgil	1	0.4
Sedantes:		
Fenobarbital	13	5.5
Tranquilizantes:		
Diazepán	2	0.8
Meprobamato	2	0.8
Antibióticos:		
Penicilina	44	18.8
Cloranfenicol	35	14.9
Ampicilina	5	2.1

Continuación cuadro anterior.

Tratamiento	No. de caso	Porcentaje
- Antipalúdicos:		
Cloroquina y primaquina	1	0.4
4. Transfusión Sanguínea	10	4.3

El presente cuadro muestra el tratamiento utilizado en 234 casos de aborto, observándose que el tratamiento quirúrgico utilizado fue el legrado uterino instrumental en un 98.3%, y en un 1.7% no se efectuó, porque el 1.3% fueron abortos completos y el 0.4% (1 caso) falleció; estas pacientes únicamente tuvieron tratamiento médico.

El 97.9% de los legrados se practicó usando anestesia general (Pentothal), y en el 0.4% se usó valium.

Los derivados sintéticos del cornezuelo de centeno se administraron en un 99.6% de los casos post-legrado.

El sintocinón se utilizó en un 12.8% de los casos.

El analgésico más utilizado fue el ácido acetil-salicílico (98.3%).

El tratamiento para la amenaza de aborto consistió en sedantes, y tranquilizantes, reposo, pero las pacientes terminaron por abortar, posiblemente ya los síntomas no eran tan leves.

Entre los antibióticos administrados tenemos la penicilina (18.8%), y el cloranfenicol (14.9%) en el tratamiento del aborto séptico y como profilaxis; además se usó la ampicilina (2.1%) sospechando en algunos casos infección urinaria.

La cloroquina y primaquina se administró en el 0.4% del total de casos, por presentarse paludismo.

El 4.3% de las pacientes fueron transfundidas.

El tratamiento quirúrgico en estas pacientes se hizo generalmente cuando éstas ya habían recibido tres dosis de antibióticos por vía intravenosa (en aborto séptico).

Los resultados de este estudio, presentan similitud con los estudios efectuados en otras entidades de salud de la capital y algunos departamentales, con variantes poco significativas en cuanto a los parámetros investigados en las pacientes que presentaron aborto, el tratamiento médico y quirúrgico utilizado, variando un poco el tiempo en la administración de los antibióticos antes y después del tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

1. La edad de las pacientes varió de 13 - hasta 48 años, pero la mayor incidencia de abortos ocurrió en pacientes -- comprendidos entre las edades de 22 y 30 años.
2. El 52.1% de las pacientes (122 casos) era de procedencia urbana.
3. El grupo étnico más afectado fue la raza ladina en un 78.2%.
4. El 86.5% del total de casos se dedicaban a oficios domésticos.
5. Del estado civil, el grupo que más frecuentemente abortó fue las unidas de hecho en un 39.3%.
6. El motivo de consulta más frecuente fue la hemorragia vaginal en un 49.7% del total de casos. Además el 0.8% de -- las pacientes presentó aborto séptico- (criminal).
7. En el 33.8% de los casos el tiempo de evolución de los síntomas osciló entre 0 a 2 días.
8. La mayor incidencia de paridad está -- comprendida entre "2 y 3" paras ---- (21.4%), es decir que el aborto fue --

- más frecuente en las multíparas.
9. La mayoría de las pacientes (45.3%) no -- tienen antecedentes de abortos previos.
 10. Dependiendo de la edad gestacional, el tipo de aborto más frecuente fue el embrionario en un 51.7%.
 11. El 0.4% de las pacientes tuvo control prenatal.
 12. Un porcentaje de pacientes (0.8%) muy bajo usó los anticonceptivos orales. Y -- además el 0.8% usó el DIU después del -- legrado.
 13. El 32.9% de los casos desarrollaron anemia en diversos grados transfundiéndose -- el 4.3% de los mismos.
 14. De acuerdo al curso clínico, el aborto -- más frecuente fue el incompleto. Además se concluye que el 10.7% de los abortos sépticos, la causa principal fue la criminalidad.
 15. La complicación más frecuente fue la anemia (14.1%), siguiendo la infección (10.7%), pero la más grave fue la muerte en -- un 0.4% del total de casos, secundaria a shock séptico.

16. El 70.5% del total de casos presentaron restos no fétidos y sin fiebre.

17. En la mayoría de pacientes (80.4%) el tiempo de hospitalización osciló entre "1 y 2" días.

18. El legrado uterino instrumental fue el tratamiento quirúrgico de elección en un 98.3%.

19. Los derivados del cornezuelo de centeno más utilizados fueron el ergotrate y el methergin (99.6%).

20. El analgésico más utilizado fue el ácido acetil-salicílico (98.3%).

21. La penicilina y el cloranfenicol fueron los antibióticos utilizados en el aborto séptico. Estos siguen siendo los antibióticos de elección en el aborto séptico con resultados satisfactorios.

RECOMENDACIONES

1. Tratar de evaluar bien a las pacientes para un mejor diagnóstico; y para el manejo y plan terapéutico especialmente del aborto séptico es conveniente basarse en un protocolo; a la vez tratar de que la información en las fichas clínicas sea completa y concisa.
2. Para bajar la incidencia de abortos es conveniente establecer un programa de orientación más que todo a nivel rural, lo cual posiblemente conllevaría a obtener conocimientos firmes de lo que significa en realidad la concepción y la responsabilidad procreacional para que éstos nos conduzcan a una verdadera natalidad planeada y racionalizada; a la vez haciendo conciencia en las personas participantes en el aborto, de los peligros y consecuencias que ocasiona un aborto provocado criminal.
3. Al comprobarse que un aborto ha sido provocado (criminal) debería de orientarse a las personas participantes de acuerdo a las leyes en vigencia.
4. No es aconsejable usar dosis elevadas de preparados de cornezuelo de centeno con el fin de inducir el aborto, porque puede llegar a producir la muerte por parálisis respiratoria (14).

5. En el aborto incompleto se aconseja - utilizar los occitócicos una vez evacuado el útero por raspado (14).
6. Es recomendable que el tratamiento en el aborto frustrado sea conservador, - y legrado dependiendo del caso (23), (siempre que no exista problema de -- coagulación o infección.

MANEJO CLINICO Y PLAN TERAPEUTICO DE ABORTO

A. Tratamiento médico en amenaza de aborto

1. Ambulatorio:

- Evaluación de la paciente por facultativo.
- Si existe hemorragia vaginal - sin dolor: Reposo relativo y un tranquilizante (diazapán) por vía oral).
- Si existe hemorragia vaginal - acompañada de dolor: Reposo - en cama, un ^{Sedante}deante suave (fenobarbital 100 miligramos por vía oral dos veces al día).
- No efectuar exámenes vaginales
- Exámenes de laboratorio: Hematología: hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, factor Rh, VDRL., orina, heces, -- (20).

2. Hospitalario:

- Si los síntomas son graves se recomienda hospitalizar a la paciente.
- Reposo absoluto en cama.
- Dieta libre

- Signos vitales cada 8 horas.
- El examen vaginal está contraindicado
- Control de ingesta y excreta urinaria.
- Fenobarbital 100 miligramos por vía oral, dos o tres veces al día. (14).

B. Tratamiento del aborto incompleto no séptico

- Evaluación de la paciente.
- Nada por vía oral hasta nueva orden
- Vigilar por hemorragia vaginal
- Control de temperatura y presión arterial
- Soluciones intravenosas
- Exámenes de laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y compatibilidad (FRN, si es necesario), orina, VDRL.

- Legrado lo más pronto posible
- Analgésicos
- Utilizar los ocitócicos por vía oral una vez evacuado -- el útero por raspado -- (14, 22).

C. Conducta a seguir en el aborto frustrado

- Evaluación de la paciente por facultativo
- Reposo relativo en cama
- Dieta libre
- Signos vitales de rutina
- Determinar muerte fetal en útero por ultrasonograma
- Pruebas de coagulación
- Evacuación del útero dependiendo del caso y de las pruebas de coagulación.
- Legrado dependiendo del caso (siempre que no exista problema de coagulación o infección).

D. Tratamiento de Aborto Séptico:

Tratamiento hospitalario:

- Examen físico
- Reposo en cama
- Aislamiento
- Nada por vía oral hasta nueva orden.
- Control de temperatura, presión arterial
- Vigilar por hemorragia vaginal
- Exámenes de laboratorio: Hemoglobina, hematocrito recuento de glóbulos blancos, velocidad de sedimentación, grupo sanguíneo y compatibilidad PRN.
- Hemocultivo
- Frote y cultivo cervical
- Antibiograma
- Urocultivo y examen de -

orina completo

- Creatinina y nitrógeno de urea
- Na. y potasio
- VDRL
- Canalizar vena, soluciones intravenosas
- Transfusión sanguínea dependiendo del caso, luego control de hemoglobina
- Vejiga cateterizada: Control de ingesta y excreta-urinary
- Iniciar antibióticos, dependiendo del caso:
- Penicilina cristalina 3 millones vía intravenosa stat y luego cada 3 horas, previa prueba.
- Cloranfenicol 1 gramo vía intravenosa stat y luego 500 miligramos cada 6 horas.
- A las 24 horas pasar penicilina cristalina IV a penici-

lina. procaína 800,000 Uds.
intramuscular cada 12 -
horas.

- Cloranfenicol IV a clo
ranfenicol oral 500 mi
ligramos cada 6 horas.
- Administrar estos anti
bióticos 6 a 12 horas
antes del legrado.
- No está contraindicado
el tacto vaginal.
- Evacuar el proceso infec
cioso mediante legrado--
hasta que la paciente --
esté estabilizada.
- Histerectomía está indica
da en caso haya perfora
ción accidental del útero
o por manipulaciones abor
tivas.
- Acido acetil-salicílico-
500 mgs. y ergotrate 0.2
mgs. por vía oral tres -
veces al día. (14,22).

En caso de presentarse Choque Séptico (raro -
pero letal):

- Controlar presión sanguínea
y diuresis
- Control de la infección:
Obtenidos hemocultivos y uro
cultivos se comienza un tra
tamiento con antibióticos:
Penicilina, tetracilina, Ka
namicina o gentamicina, clin
damicina.
- Principiado el tratamiento -
antibiótico y el estado de -
la paciente se haya estabili
zado, se evacuá el producto -
infectado de la concepción -
mediante legrado.
- Fluidoterapia: Sangre total
soluciones electrolíticas, y
si la presión venosa central
aumenta por encima de lo --
normal, se debe de restrin -
gir la fluidoterapia.
- Corticosteroides: Si pacien
te no mejora, administrar por
vía intravenosa 10 gramos de
Solu-Cortef o un equivalente.
(22).

- Agentes Vasodilatadores:
Su empleo es dudoso.

Cuando se presenta insuficiencia renal --
aguda en el aborto:

- Restricción estricta de líquidos y de electrolitos.
- Cooperación activa con una unidad de diálisis renal.
- Empleo precoz de la diálisis peritoneal.
- Hemodiálisis: Si la diálisis peritoneal no tiene éxito. (22).

BIBLIOGRAFIA

1. Abdominal hysterectomy for abortion-st_erilization.
A report of 500 consecute cases. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volumen 136, number 6 pp. 714, -- March 15, 1980.
2. Aguirre Z. F. y Cols. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 48, año XXXV - Núm. 286, pp.111-129, Agosto 1980.
3. Alfred C. Beck M.D. Práctica de Obstetricia. Traducción al español por el Dr. Alfonso Alvarez Bravo Tercera reimpresión 1965. pp. 431, 435, México 1965.
4. Castillo Girón, G.E. Aborto. Revisión - de 226 casos encontrados en el Hospital Modular de Chiquimula, durante el período comprendido de julio de 1978 a junio de 1979. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1979.
5. Cifuentes Botello, E.W. Incidencia de - Abortos en el Hospital Nacional de Jalapa durante el año de 1978. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1980.

6. Comparini Araujo, B.E. Manejo del Aborto Séptico en la maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1979.
7. Cosenza Chacón, G.E. 13 Meses de Aborto Séptico en el Hospital General San Juan de Dios. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1973.
8. Cuyún de León, L.E. Investigación de 100 casos de Aborto en el Hospital Nac. de Amatitlán y estudio retrospectivo de Aborto durante el año 1976. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1978.
9. De León Argueta, J.E. Incidencia de -- Abortos en el Hospital General de Occidente de Quezaltenango. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980.
10. Elizondo E. Felizardo, y Cols. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 43- año XXXIII Núm. 259, Mayo, 1978.

11. Herrera Paz, M.A. El Aborto en el Hospital Nac. de Retalhuleu, su incidencia. -- Estudio retrospectivo de 5 años (1974- - 1978). Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1979.
12. "Legislación Racional del Aborto en Guatemala". Extracto de la tesis del Dr. Antonio Aldana Alonso: Dr. Carlos E. Rosal. O.
13. Lira Dardón, H.E. Aborto Séptico en la - maternidad del Hospital Roosevelt durante los años 1971 a 1972. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1974.
14. Litter, M. Farmacología Compendio. Tercera reimpresión 1973. pp. 463-466. El - Ateneo Buenos Aires.
15. Moreno Gámbara, M.R. Aborto, Consideraciones. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1974.
16. Novak, E.R., Jones, G.S, y Jones, J.R.H.W. Tratado de Ginecología. Novena edición, - pp. 388, 626, 716, México Interamericana 1977.

17. Organización Mundial de la Salud. El Aborto Espontáneo y el Provocado. Artículo Crónica de la OMS. Vol. 25, No. 3, Marzo 1971.

18. Pérdida embrionaria y fetal temprana. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1979. pp. 219-220, 235, 238.

19. Rosas Arceo J. Y Cols. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 47-año - XXXV Num. 284- pp. 411-414, Junio - 1980.

20. Schwarcz R., Sala, S., y Duverges, -- C. Obstetricia. pp. 490-501, 760-761, Tercera edición. Buenos Aires El Ateneo. Cuarta reimpresión 1977.

21. Vargas Montúfar, E.R. Incidencia de Abortos en el Hospital Nac. de Jutiapa en el año de 1977. Tesis Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias - Médicas. Guatemala, 1978.

22. Williams. Obstetricia. Primera edición 1973, Barcelona. pp. 429-459, 705-706, 820. Salvat Mexicana de Ediciones S.A. 6a. reimpresión 1978.

23. Zambrano Solórzano, E.J. Aborto Frustrado. Revisión del Aborto Frustrado en la maternidad del Hospital Roosevelt en los últimos 5 años. Tesis Médico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1977.

24. Zimeri T.C. Velásquez B. de Incidencia del Aborto en Guatemala, Revisión de -- 200 casos en la maternidad del Hospital-Roosevelt. Causas y Complicaciones. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1970.

Español
Br. Edw. Smith Martínez Portillo

Rolando
Dr. Rolando Diéguez Rodríguez
Asesor.

Filiberto
Dr. Filiberto Rafael Sánchez
Revisor.

Waldheim
Dr. Waldheim Cordon
Director de Fase III

Raúl A. Castillo
Dr. Raúl A. Castillo R.
Secretario

Rolando
Dr. Rolando Castillo Montelvo
Decano.