



LUIS EDUARDO MORALES ALVARDO

Guatemala, Octubre de 1980.

## PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III HIPOTESIS
- IV ANTECEDENTES
- V MATERIAL Y METODOS
- VI ANALISIS ESTADISTICO
- VII DESCRIPCION DE LA ENTIDAD
- VIII PRESENTACION DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION
- IX CONCLUSIONES
- X RECOMENDACIONES
- XI ANEXOS
- XII BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

El cuadro clínico del aborto como patología obstétrica tiende a pasar por varias etapas antes de llegar al cuadro de aborto completo o incompleto propiamente dicho. Cronológicamente la primera etapa o estadio por la que tiene que pasar el aborto es llamada amenaza de aborto, posteriormente surgirá el aborto inminente y sucesivamente hasta llegar, como ya hemos mencionado anteriormente al cuadro del aborto completo o incompleto.

El presente trabajo de investigación se efectuó estudiando a la mujer embarazada que presenta la amenaza de Aborto como problema de consulta en el hospital Roosevelt, en el departamento de Obstetricia.

Muchos de los trabajos médicos realizados que tienen como tema fundamental el aborto nos han dado a conocer, su incidencia en el medio guatemalteco, sus complicaciones tanto médicas como judiciales, su tratamiento, el aspecto psicológico de la mujer que se enfrenta con este problema obstétrico. Sin embargo es interesante hacer notar que la mayoría de trabajos que enfocan esta problemática lo han efectuado en el último estadio de esta patología, es decir en el aborto completo o incompleto propiamente dicho.

Uno de los objetivos primordiales que impulsan la elaboración de este trabajo es el desconocimiento que existe acerca del porcentaje de mujeres embarazadas que presentan amenaza de aborto, continúan con su embarazo normalmente y tienen su parto sin complicaciones, después de haber tenido tratamiento médico y que presentaron la amenaza de aborto y que porcentaje de mujeres que presentaron amenaza de aborto, a pesar del tratamiento obstétrico abortan y experimentan lo que es el legado uterino instrumental.

Por tal razón nos vemos motivados a efectuar el presente estudio retrospectivo, que por su género es de los primeros que se ha efectuado en el hospital Roosevelt en su departamento de Obstetricia.

## OBJETIVOS

### GENERALES:

- 1) Reforzar el conocimiento existente acerca de la patología del aborto en el campo de la obstetricia.
- 2) Reforzar los conocimientos y adquirir nuevos en la realización del legrado uterino instrumental como método curativo.

### ESPECÍFICOS:

- 1) Adquirir conocimientos más amplios acerca de la amenaza de aborto.
- 2) Conocer que porcentaje de mujeres que presentan amenaza de aborto continúan con su embarazo normal hasta su parto.
- 3) Conocer que porcentaje de mujeres que presentan amenaza de aborto tienen que quedar interna para que se les efectúe legrado uterino instrumental.
- 4) Fortalecer hábitos y destrezas en la aplicación del método científico, específicamente en el manejo y procesamiento de datos estadísticos.

## HIPOTESIS

- 1) El tratamiento obstétrico instituido en la mayoría de embarazadas que presentan amenaza de aborto no disminuyen el índice de abortos.
- 2) La mayoría de pacientes que presentan amenaza de aborto, no continúan con su embarazo normalmente.



ANTECEDENTES

1) 1889-1893 Dr. LAZO, FRANCISCO  
ABORTO.  
27 Páginas.  
Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Este trabajo de tesis fue elaborado haciendo un estudio de las causas más comunes que provocan abortos. Es un trabajo que sirve como ilustración acerca de la concepción que se tenía del aborto en el siglo pasado.

2) 1923 Dr. LEMUS ALARCON, ALBERTO  
CONTRIBUCION AL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO SIMPLE Y COMPLICADO.  
40 Páginas.  
Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

"Se efectuó un estudio del aborto, observando los síntomas clínicos, tratamiento, evolución de cuatro pacientes en el hospital Gral. "San Juan de Dios." Dentro de las conclusiones a las cuales llegó con la elaboración de su trabajo están:

- 1) El raspado instrumental del útero, con el objetivo de extraer restos de placenta o de membranas, - debe practicarse lo menos posible y substituirse - por el legrado digital o el escobillaje con gasa.
- 2) Los cuidados de asepsia en materia de aborto deben ser excesivos, tanto cuando no haya infección como cuando esta exista".

3) 1927 Dr. ALONZO, PEDRO  
CONSIDERACIONES SOBRE EL ABORTO PRINCIPALMENTE EN EL CASO COMPLICADO.  
41 Páginas.  
Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

"El estudio llevado a cabo comprende únicamente al aborto terapéutico, ya sea aborto terapéutico o criminal. Es un trabajo retrospectivo (6) sirve como documento comparativo en relación a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se usaban en esa época y la actual."

4) 1962 Dr. CHANG LAU, RAFAEL  
INCIDENCIA DEL ABORTO EN EL HOSPITAL GENERAL.  
59 Páginas.  
Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

"El estudio de esta tesis fue llevado a cabo durante los años 1959-61-1962, en el hospital Gral. San Juan de Dios. Es un trabajo retrospectivo en el cual se revisaron 7,176 papers de pacientes que ingresaron a la emergencia con Dx. de aborto. Dentro de los datos estadísticos de esta tesis se mencionan los procedimientos quirúrgicos empleados como terapéuticos. Se efectuaron 3,917 legrados instrumentales y 56 laparotomías. En este trabajo se hace también un análisis de la educación sexual en Guatemala, de la planificación familiar y métodos anticonceptivos. Las recomendaciones y conclusiones que se dan en esta tesis hacen un mayor énfasis en la planificación familiar y la educación sexual en Guatemala".

- 5) 1967 Dr. ALDANA ALONZO, RAUL ANTONIO  
LEGISLACION RACIONAL DEL ABORTO EN  
GUATEMALA.  
29 Páginas  
Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de  
la Universidad de San Carlos de Guatemala.

"Este trabajo de tesis en su casi totalidad se refiere a describir la patología del aborto, desde su historia sintomatología, tratamiento, complicaciones, tanto desde el punto de vista médico-legal como también del religioso.

- 6) 1967 Dr. VETTORAZZI TOLEDO, CESAR AUGUSTO  
LA EVACUACION UTERINA EN EL ABORTO  
FRUSTRADO Y OBITO FETAL POR LA INYECCION  
INTRA-OCULAR DE SOLUCION SALINA  
HIPERTONICA.  
31 Páginas.  
Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

"Es el primer trabajo de investigación, de todas las tesis revisadas, que no es retrospectiva, se efectuó en la maternidad del instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Para llevar a cabo este trabajo, se escogieron 30 pacientes las cuales se dividieron en dos grupos, de control en los que se empleó el método de Csapo que consiste en:

- 1) Amniocentesis
- 2) inyección intra-ovular de solución salina hipertónica para la evacuación del útero en casos de óbito fetal y de aborto frustrado.

De las treinta pacientes en las que se empleó este método hubo una que falleció inmediatamente a la inyección solución salina, el informe forense indicó que la causa fue edema agudo del Pulmón.  
Las conclusiones de el trabajo fueron:

- 1) La técnica del método de Csapo es relativamente sencilla el material necesario de fácil adquisición, lo hacen posible y de utilización práctica en el medio hospitalario.
- 2) La inyección Intra-ovular de solución salina hipertónica indicada como procedimiento de inducción de trabajo en los abortos frustrados, óbitos fetales y embarazos con anomalías fetales incompatibles con la vida.
- 3) El fracaso de las punciones ovulares y el Dx. dudoso indican la práctica de este método.
- 4) La efectividad de este método fue de 93,34%.
- 5) La existencia de una muerte materna en los casos anteriores dió un 3,33% de mortalidad.
- 6) La utilización de este método no produce secuelas posteriores.

Este trabajo realizado en el medio guatemalteco nos da la oportunidad de conocer nuevos métodos en el Tx. de el aborto frustrado y/o óbito fetal además de los ya conocidos anteriormente."

- 7) 1970 Dra. VELASQUEZ B. DE ZIMERI, THELMA.  
INCIDENCIA DEL ABORTO EN GUATEMALA  
REVISION DE 200 CASOS.  
19 páginas.  
Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

"El trabajo de tesis presentado por la Dra. de Zimeri en  
contra 2 casos de aborto criminal de los 200 revisados y  
hubo una complicación que terminó en histerectomía".

- 8) 1970 Dr. ZENTENO LUARCA, MARCO ANTONIO  
TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DEL ABORTO  
CON UNA SUBSTANCIA BETA ADRENERGICA.  
24 Páginas  
Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

"Es el segundo trabajo prospectivo, de las tesis revisadas  
con relación al tema del Aborto, es el que más se aseme-  
ja al tema que he escogido como trabajo de tesis.  
La realización de este trabajo se llevó a cabo en 100 pa-  
cientes con problemas de amenaza de aborto, se dividie-  
ron en dos grupos, el de control, que fue tx. con reposo  
tranquilizantes y analgésicos. El segundo grupo de estu-  
dio, con síntomas más graves y evolución más prolongada  
se le administro Butil-Simpatol en solución y venoclísis.  
El Oxifenil-Oxibutil-Amino-Etano (Butil-Simpatol) es -  
una substancia similar a la Adrenalina con mayores pro-  
piedades útero-relajante sin interferir con el funcionami-  
ento cardio-vascular, más que marcada vasodilatación -  
periférica, principalmente en los vasos que tienen aumen-  
tado el tono. Pertenece a los derivados adrenérgicos con  
acción estimulante de los receptores beta.

Dentro de las conclusiones están:

- 1) No hubo efectos colaterales que obligaran la suspensión del  
tx. solo 1 paciente presentó taquicardia e hipertensión que  
cedió al disminuir el goteo.
  - 2) Butil-Simpatol dió buen resultado en el tx. de la amenaza  
de aborto no hormonal.
- 9) 1973 Dra. SALAZAR, ANA MARIA CONSUELO  
ABORTO HABITUAL (16 casos)  
24 Páginas  
Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Uni-  
versidad de san Carlos de Guatemala.

"Es un trabajo retrospectivo que se llevó a cabo en el hospital  
Roosevelt, se estudiaron 16 pacientes en las cuales el tx. fue  
quirúrgico empleando la operación de Lash-Lash en 7 pacien-  
tes y la operación de Shirodkar en 3.  
La conclusión más importante de este trabajo es que la entidad  
del aborto habitual, depende de la incompetencia cervical".

- 10) 1973 Dr. COSENZA CHACON, GUSTAVO ENRIQUE  
13 MESES DE ABORTO SEPTICO EN EL HOSPITAL  
GENERAL SAN JUAN DE DIOS.  
57 Páginas  
Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Uni-  
versidad de San Carlos de Guatemala.

"Es un trabajo retrospectivo que comprende la revisión de 101  
papeletas de ingreso con Dx. de Aborto Séptico, es interesante  
observar que las causas referidas por las pacientes como provo-  
cadoras del aborto fueron: caídas (20%), manipulación (13%),  
enojo (3%), levantar peso (2%), haber sido golpeada (2%),

tomar cerveza (1%), purgante (1%), y eclipse (1%).  
Dentro de las conclusiones más importantes desde el punto de vista médico están:

- 1) El 88% de pacientes con aborto séptico se dedicaban exclusivamente a oficios domésticos,
- 2) Síntomas más frecuentes, hemorragia, dolor abdominal bajo, y expulsión de restos.
- 3) El 89% tenía fiebre.
- 4) En el 50% de las pacientes no hubo alteración leucocitaria.
- 5) La infección pélvica fue complicación en el 6% de las pacientes."

- 11) 1973 Dr. JEREZ LUARCA, JOSE ALBERTO  
ABORTO FRUSTRADO, DIAGNOSTICO POR  
ULTRA-SONIDO, OTRAS CONSIDERACIONES.  
41 Páginas.  
Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de  
la Universidad de San Carlos de Guatemala.

"Es también un trabajo prospectivo, bastante interesante, ya que da nuevas informaciones acerca del empleo de métodos modernos de Dx. utilizados en nuestro medio y sus conclusiones aportan información científica útil para la obstetricia guatemalteca en materia de los nuevos procedimientos Dx.

Las conclusiones de este trabajo fueron:

- 1) El método de ultra-sonido tiene un 82.7% de efectividad para el Dx.

- 2) Puede aplicarse las veces que sea necesaria sin riesgo para la madre y el feto.
- 3) Es sencillo, seguro e inocuo.
- 4) Puede realizarse en pacientes ambulatorios y no requiere preparación especial.

Es interesante observar que el desarrollo de esta fésis se llevó a cabo en una clínica de Dx. particular la donde fueron remitidas las pacientes para su estudio. El hospital Roosevelt, fue quien más pacientes refirió para el Dx. por medio de "ultra-sonido".

## MATERIAL Y METODOS

El objeto de estudio de el presente trabajo será la amenaza de Aborto en mujeres embarazadas que han consultado a la maternidad del hospital Roosevelt, durante todo el año de 1978.

Dentro del tema central que es la amenaza de aborto, se estudiará el número de pacientes que continuaron con su embarazo normal y el número de pacientes que abortaron.

Existen dentro de la investigación científica dos métodos por los cuales se puede llegar a conocer la verdad:

Método Inductivo el cual por medio de alguna verdad particular se establece una ley general y:

Método Deductivo: Método por el cual se procede lógicamente de lo universal a lo particular.

Tomando en cuenta las anteriores definiciones ----- podemos decir que el presente trabajo acerca de la amenaza de aborto como tema central y general será elaborado utilizando para ello el método Deductivo.

Para llevar a cabo el presente trabajo se utilizarán las papeletas de las pacientes que ingresaron con el Dx. De Amenaza de Aborto y los libros de egreso de las pacientes del 1º piso del Depto., de maternidad del hospital Roosevelt durante todo el año de 1978.

## ANALISIS ESTADISTICO

Como primer paso dentro de esta investigación se elaborará una tabla maestra en la cual se tabularán todos los datos requeridos para la presente investigación de los registros médicos estudiados.

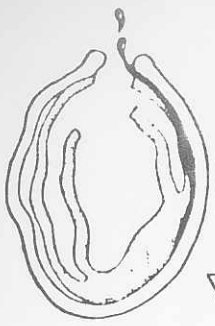
Todos los datos obtenidos se presentarán en tablas estadísticas adecuadas y gráficas para su mejor comprensión.



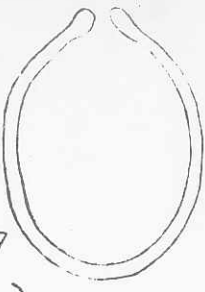
DESCRIPCION DE LA ENTIDAD PATOLOGICA

"AMENAZA DE ABORTO"

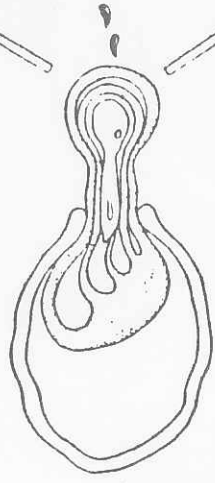
ABORTO INCOMPLETO  
 Por expulsión parcial del contenido



ABORTO COMPLETO  
 Por expulsión total del contenido



ABORTO EN EVOLUCION  
 Dolor  
 Hemorragia  
 Cuello dilatado  
 Expulsión ovular



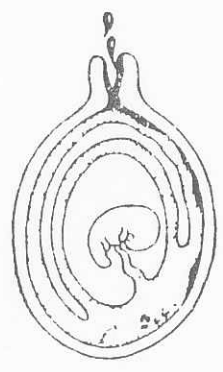
ABORTO INEVITABLE

ABORTO INMINENTE  
 Dolor  
 Hemorragia  
 Desprendimiento del huevo  
 Acortamiento del cuello



AMENAZA DE ABORTO

Dolor  
 Hemorragia



## DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO

De lo anterior se deduce que son numerosas y de índole muy - distinta las enfermedades obstétricas que cuentan la hemorragia entre sus signos principales.

Ello será motivo del estudio de tales enfermedades en otras -- investigaciones. Siendo estos estados distintos entre sí (pues solamente los liga el síntoma común de la hemorragia), el estudio deberá ser exhaustivo en sus diferentes aspectos.

En este lugar sólo se hará una escueta enumeración de estos - principales procesos obstétricos. Ellos son:

- El aborto
- La mola hidatiforme
- El embarazo ectópico
- El embarazo extramembranoso
- La endometritis decidual
- La placenta previa
- El desprendimiento de la placenta normalmente insertada
- La rotura del útero.

Sintetizando el aspecto semiológico de una determinada hemorragia, será fácil trasladar ese cuadro al que corresponde en la patología a la hemorragia de una enferma en estudio y, observando si ambos se superponen asegurar el diagnóstico definitivo.

## HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

### ABORTO

Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, antes de serle posible sobrevivir fuera del claustro materno. En cambio la interrupción de una gestación después de ese término es decir después de la 28 semana, pero antes de la 38 semana se llama parto prematuro las interrupciones que ocurren entre la 20 y 27 semanas se denominan aborto tardío o parto inmaduro.

Deliberadamente se han empleado en la definición los términos "espontáneo" y "provocado", pues ellos mismos implican la base de una de las más difundidas clasificaciones del aborto preconizadas sobre todo por la escuela norteamericana, que divide a este cuadro en dos grandes grupos:

- 1) Abortos espontáneos, o sea los que se producen sin la intervención de circunstancias que artificialmente intervienen en la evolución de la gestación
- 2) Abortos provocados, aquellos en los que se induce premeditadamente al cese del embarazo, pudiendo subdividirse a su vez este grupo en abortos profilácticos, terapéuticos y criminales.

Los dos primeros 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 de empeoramiento, con peligro de la vida materna. El tercero constituye un capítulo de la medicina legal ya suficientemente conocido.

Según la época de la gestación el aborto puede ser ovular, embrionario o fetal.

La frecuencia y la importancia social, médica y psicológica del aborto espontáneo es hoy tan grande, que su estudio constituye una verdadera superespecialización dentro de la ginecología: es el campo de la infertilidad, capítulo de la materia que no debe ser confundido con el de la esterilidad, a fin a él, pero no igual.

Estéril es la mujer en cuyo seno es imposible la fecundación de un óvulo. Se llama, en cambio, infértil a aquella en la que es factible el embarazo, pero que no puede llegar éste a su término fisiológico. El 10% de los embarazos terminan en abortos.

Etiología. Son innumerables las clasificaciones que agrupan, desde distintos puntos de vista, las causas que pueden generar un aborto. Pueden resumirse éstas con criterio lógico y práctico, en cuatro grupos fundamentales.

- 1) Causas orgánicas de aborto. Entran en este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Pueden subdividirse en "enfermedades generales", como la lúes o la tuberculosis grave y en "enfermedades locales" como habitualmente lo son las organopatías pélvicas de todo orden genitales o extragenitales que pueden provocar el aborto; por Ejemplo: infecciones genitales, tumores displasias hipoplasias, desgarros cervicales con deficiente contención del huevo alteraciones propias del útero (malformaciones, sinequias post-raspado), incompetencia del orificio del cuello etc.
- 2) Causas funcionales de aborto forman este grupo aquellas enfermedades en las que por lo menos en un principio, sólo hay alteraciones de la función de órganos o sistemas que pueden interferir en la normal evolución de la gestación. Lo constituyen en general, los grandes trastornos metabólicos (diabetes, nefropatías) y fundamentalmente las endocrinopatías, ya sean

estas "extragonadales", como los distiroidismos o los puramente gonadales alteraciones funcionales del ovario, trofoblasto o de la placenta que son las que forman el importante elemento del llamado "aborto endocrino corial" o endocrino gonadal de capital importancia. En este se han de contemplar todos aquellos casos en que: a) una mala producción gonadotrófica por el trofoblasto da lugar a una insuficiencia o a una involución precoz del cuerpo amarillo gravídico del ovario, con dificultad en la prosecución de la gesta, y b) aquellos en que una deficiencia sincital hace que no se cumpla normalmente la producción esteroidea (progesterona, estradiol, estrona, estriol y otros metabolitos de los estrógenos como metoxiestrona y 16 ó 17 epiestriol). En estos casos, un descenso progresivo de la producción hormonal, cayendo cronológicamente primero la progesterona y más adelante los estrógenos, altera fundamentalmente la relación o coeficiente estrógenos progesterona cuya proporción dentro de límites normales es imprescindible para la buena evolución del embarazo, tanto desde el punto de vista uterino, como trofoblástico y embrionario.

Al alterarse aquí la relación entre estas dos hormonas fundamentales, se crea una situación endocrina incompatible con la evolución del embarazo, ya que una anormal hiperestrogenia provocada por falta de catabolización hormonal placentaria suficiente puede inducir bajo determinadas circunstancias a una irritabilidad uterina excesiva (cólicos expulsivos), y una insuficiente producción progesterona motiva deficiencias metabólicas que impiden la perfecta evolución trófica del huevo.

Desde que aceptamos que el estudio de la exfoliación vaginal es un elemento de juicio indirecto, pero valedero, sobre el estado hormonal de la gestante normal o patológica como se explica en otro lugar de esta tesis (ver Colpo-

citología en el embarazo), deducimos que con la colpocitología y el urocitograma estamos en presencia de un medio práctico e imprescindible para juzgar sobre el pronóstico y la conducta terapéutica en una amenaza de aborto de este tipo.

- 3) Causa 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. Se acepta ya definitivamente que las influencias nerviosas corticales o subcorticales, actuando sobre los núcleos grises de la base del cerebro, tálamo e hipotálamo, ejercen profundas influencias nocivas sobre la anterohipófisis, retrohipófisis y directamente sobre el sistema neurovegetativo.  
La acción del hipotálamo sobre esos tres centros mencionados se lleva a cabo por vía sanguínea para la adenohipófisis, y por vía neural para la neurohipófisis y el sistema autónomo. Desde allí parten luego los influjos hormonales, humorales y nerviosos, que, modificando profundamente la hormonología el metabolismo y el tono circulatorio de los órganos genitales y fundamentalmente del útero, pueden promover al aborto. De más está decir que estos cuadros (estados angustiosos, neurosis, psiconeurosis y toda clase de complejos subconscientes que alteren la esfera sexual) generan una infertilidad que sólo puede ser tratada desde el punto de vista psíquico.
- 4) Causas ovulares propiamente dichas. Aunque los progenitores son aparentemente normales, el huevo puede estar constituido por elementos genéticamente anormales (genes letales o vicios cromosómicos) y que llevan en sí mismos una potencia letal. El estudio anatomopatológico de estos "huevos fallidos" ha mostrado en ellos profundas alteraciones teratológicas en los embriones o degeneraciones molares (Ver Mola Hidatiforme) observable sólo al microscopio, de manera que al aborto en estos casos



debe ser considerado como una defensa de la naturaleza contra la procreación de seres ingénitamente anormales. En otros casos, se trata de huevos con ausencia absoluta de desarrollo embrionario (huevos anembriónicos).

- 5) Algunos autores agregan las de origen tóxico (grandes intoxicaciones generales).
- 6) Señalaremos por último los traumatismos físicos de todo orden, directos o indirectos, los excesos sexuales, etc.

Anatomía patológica de la placenta abortiva. En los abortos espontáneos de mujeres clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, es decir que aquellos casos en los que la causa presumible del embarazo frustrado parecería poderse localizar en el mismo huevo abortivo, se han encontrado alteraciones anatomopatológicas del tejido placentario de tres tipos bien definidos.

- 1) Arofia del epitelio de las vellosidades corales, el cual se encuentra muy aplanado y funcionalmente insuficiente desde el punto de vista hormonal, hallazgo común en el llamado aborto endocrino.
- 2) Edema de la estroma vellositaria. En estos casos el epitelio de revestimiento es normal y la placenta endocrinológicamente funcionante, pero el gran edema de la estroma comprime los vasos nutricios de la vellosidad, creando pequeños infartos y focos de necrosis que llevan al aborto.
- 3) Alteraciones mixtas, con hallazgos concomitantes de ambos tipos de lesiones placentarias.

También se han descrito alteraciones del trofoblasto y de las membranas ovulares, pero no de la definida especificidad de

las tres anomalías placentarias señaladas.

Sintomatología y formas clínicas.

- 1) Amenaza de aborto. Este es cronológicamente el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza porque en una mujer en edad genital con signos presuntivos de embarazo (náuseas y vómitos), con amenorrea previa desacostumbrada, o sin ella, si el embarazo es de pocos días, y un útero con los ya conocidos caracteres gestacionales y de tamaño acorde con lo correspondiente al tiempo de amenorrea aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con las contracciones del útero sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña de hemorragia genital leve.
- 2) Aborto inminente. Esto no es más que una exageración de los síntomas y signos descritos anteriormente (dolores más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos). Verdadero empeoramiento clínico de la amenaza de aborto, que generalmente aparece pese al tratamiento instituido.
- 3) Aborto inevitable. Aquí al cuadro anterior se le agrega un elemento de juicio fundamental para el diagnóstico y el pronóstico del embarazo: comienza a producirse la dilatación del cuello uterino fundamentalmente del orificio interno del mismo, con exageración de la sintomatología dolorosa y de la hemorragia. El cuerpo uterino puede palparse intermitentemente contraído; a través del cuello dilatado se puede alcanzar el huevo, cuando las membranas están intactas. Los huevos pequeños pueden desprenderse y quedar retenidos en el cuello antes de expulsarse (aborto cervical de Schroeder).

- 4) Aborto en curso. Al cuadro anterior se le agrega pérdida de líquido amniótico, no siempre fácilmente visible, en forma de hidrorrea clara mezclada o alternando con la emisión sanguínea genital y aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado, que muchas veces no lo es en forma directa hacia el exterior, sino que suele quedar retenido en la vagina o parte de él en la misma, y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina. De lo dicho se deducen las dos formas que adoptan en general el aborto a esta altura de su evolución, y que constituyen otras formas clínicas a tenerse en cuenta:
- 5) Aborto incompleto: Los restos ovulares no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina, permaneciendo ésta aún parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, como cuando se evacua por completo su contenido; el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente; o bien:
- 6) Aborto completo. En este caso el huevo ha sido expulsado espontánea y completamente del útero. Después de un acné 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.
- 7) Aborto deferido. Recibe este nombre un cuadro en el que muerto el huevo intra-útero, por diversas razones no es expulsado al exterior. A esta forma clínica se le

designa también con el nombre de aborto retenido o huevo muerto y retenido queriendo significar con esto que el útero no se ha contraído ni dilatado totalmente su cuello como para expulsar normalmente al verdadero "cuerpo extraño", que es el huevo muerto en su interior (missed abortion). Para poder llamarse missed abortion se requiere las siguientes condiciones:

- a) que se haya producido en el útero el mecanismo dinámico del aborto.
- b) que se produzca la muerte embrionaria.
- c) que el huevo quede retenido.

En estos casos cuando el líquido amniótico desaparece y se producen hemorragias, el huevo se transforma en un bloque compacto que enmascara los elementos anatómicos denominándose mola sanguínea. Al organizarse el coágulo, se transforma en mola carnosa, recubierta por la superficie lisa y brillante del amnios, con desaparición de las vellosidades. Y cuando la sangre queda localizada entre el amnios y el corion, haciendo saliencia en algunos sitios, formando nudosidades rojo-azuladas constituye el llamado hematoma tuberoso o hematomola se Sre

- 8) Aborto infectado. Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado con la rapidez indicada y permanece durante muchas horas abierto el orificio interno del cuello uterino, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital (exocervix vagina y vulva) hacia la cavidad uterina, hasta donde también pueden arrastrarse gérmenes patógenos, por la realización de maniobras quirúrgicas destinadas a completar la evacuación del huevo, llevadas a cabo en forma no aséptica. Pueden producirse así endocervicitis, endometritis y miometri

agudas que a su vez por vía hematógica pueden originar cuadros sépticos generales (ver shock séptico) y por vía linfática generan parametritis agudas bilaterales que pueden llegar hasta la supuración (flemón del ligamento ancho) y participación del peritoneo pelviano en el cuadro reactivo agudo (pelvipéritonitis postaborto, superada o no, pudiendo llegar a constituir un absceso del fondo de saco de Douglas). Menos frecuentemente, las endometriitis pueden extenderse por vía canalicular y generar una salpingitis aguda o un piosálpinx.

En estos casos, al cuadro descrito en los puntos anteriores se le agrega reagudización del dolor, que toma ahora forma más sorda y permanente; fiebre generalmente en picos e intoxicación general (palidez taquicardia, escalofríos). Puede haber a veces, además hemorragia genital o flujo purulento fétido. El útero se palpa algo agrandado, blanco y doloroso a la compresión. En la parametritis aguda hay además, empastamiento doloroso de uno o los dos ligamentos anchos, y la movilización lateral del útero, llevada a cabo por tacto vaginal, provoca como consecuencia intenso dolor parametrial (en ambas fosas ilíacas). La exageración del cuadro doloroso parauterino, con empastamiento fluctuante de un lado y desplazamiento del útero hacia el opuesto, con mayor repercusión tóxica general y mantenimiento del cuadro febril, es característica del flemón del ligamento ancho postaborto, apareciendo todos los signos y síntomas locales del peritonismo cuando la infección llega al peritoneo pelviano.

Aborto habitual. Configura un problema complejo y desalentador. Su repercusión psíquica es más dramática que la misma esterilidad, ya 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 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 deficiencia nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas, hipovitaminosis, deficiencia de minerales etcétera).
- c) Enfermedades crónicas: infecciosas (tuberculosis, sífilis, brucelosis, etc.), parasitarias (toxoplasmosis, enfermedades de Chagas, hidatidosis etc.) o intoxicaciones (plomo, mercurio, arsénico, fósforo, etc).
- d) Modificaciones endocrinas alteraciones de la tiroidea, páncreas, suprarrenales e hipófisis. Estudiar el yodo proteico, el metabolismo basal el test de la tolerancia a la glucosa y los 17 cetosteroides, y especialmente se investigará la insuficiencia ovárica, fundamentalmente del cuerpo amarillo, que se aprecia valorando la fase progestacional del endometrio: a) por la curva de la temperatura basal, b) por la excreción del pregnandiol urinario; c) por la biopsia del endometrio, d) por el estudio de la citología exfoliativa y e) por el del moco cervical.



La biopsia del endometrio cuatro días antes de la menstruación es un método excelente para valorar la respuesta a la progesterona endógena. Así se diagnostica la fase lútea inadecuada para la nidación.

- e) Las anomalías anatómicas, tales como las congénitas (útero bicorne, etc.), los fibromas submucosos, la esclerosis del endometrio y el cuello incompetente, se diagnostican por los antecedentes el examen clínico y la histerosalpingografía. Como veremos en el tratamiento, el conocimiento de la causa sirve de base para la terapéutica.

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

- 1) Desde el punto de vista obstétrico, la amenaza de aborto incipiente es sólo uno de los tres grandes síndromes hemorrágicos del comienzo de la gestación, junto con el embarazo extrauterino no roto y la mola hidatiforme, y de ellos hay que diferenciarlo.

- 2) Desde el punto de vista ginecológico, el cuadro debe ser distinguido de una de las formas clínicas de la enfermedad de Brennecke-Schroeder o metropatía hemorrágica, la llamada forma de pseudoaborto (ciclo monofásico prolongado), precisamente por adoptar una sintomatología parecida a la de la amenaza de interrupción de la gestación.

La mencionada metropatía hemorrágica, tipo pseudoaborto es a veces difícil de diferenciar de un aborto incipiente; pero los antecedentes metropáticos disfuncionales precedentes o una esterilidad anterior por los ciclos anovulatorios, orientan hacia un diagnóstico cuya certeza absoluta sólo se obtiene por los características resultantes anatomopatológicas de un curetaje uterino en cada uno de los dos casos.

Con respecto al embarazo extrauterino, fisurado, no roto, recordaremos que en el también tenemos atraso menstrual con aparición de caracteres gestacionales y pequeñas hemorragias y dolor; pero aquí el útero blanduzco en el cuello y cuerpo no alcanza el tamaño que realmente debería tener de acuerdo con la edad de embarazo (pues no hay huevo en su interior), y concomitantemente aparecen en general el tumor o empastamiento anexial, parauterino, doloroso espontáneamente al tacto. La distensión fisuración de las capas tubarias y de su peritoneo visceral, por crecimiento del huevo, dan lugar a pequeñas hemorragias oscuras y a signos de shock peritoneal característicos y al dolor pélvico lateral no mediano típico del extrauterino. En esta etapa el diagnóstico diferencial "de certeza" sólo está dado cuando en un curetaje con biopsia del endometrio, realizado de liberada o coincidentemente encontramos reacción decidua del mismo, sin vellosidades coriálicas, signos seguros de gestación que se desarrolla "en otra parte" y no en la cavidad uterina.

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

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

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

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

Evolución: La amenaza de aborto puede pasar, la sintomatología desaparecer y el embarazo seguir su curso normal.

Otras veces el feto muere y queda retenido días o meses, sufriendo transformaciones.

La tercera eventualidad es que el aborto prosiga su evolución, transformándose en un aborto inevitable. Si el aborto es ovular o embrionario, el huevo es expulsado generalmente en un tiempo y en totalidad. Si el aborto es fetal, se hace en dos tiempos: primero se expulsa el feto y luego los anexos; pero éstos pueden quedar retenidos, dando origen al aborto incompleto.

Complicaciones: Podemos mencionar la retención de los anexos ovulados o alguna parte de ellos la hemorragia y las infecciones, la más grave de las cuales da lugar al síndrome icteroazotémico de Mondor (síndrome de retención de los anexos).

Pronóstico: Se calcula que el 10% de los embarazos terminan por abortos. En la mitad de los abortos (50%) hay imperfecciones del huevo (huevo abortivo); en un 35%, el origen de la interrupción del embarazo es hormonal mientras que el 15% restante puede imputarse a las otras causas. Una amenaza de aborto, con una hemorragia de más de diez días de evolución es de mal pronóstico. La temperatura basal que en los primeros meses del embarazo está por encima de  $37^{\circ}$ , si se mantiene alta (en una amenaza de aborto y descartando otras causas) es de buen pronóstico. Si es baja, y sube con la administración de estrógenos, es de buen augurio (con la administración de progesterona no tiene valor). La determinación del pregnandiol por debajo de 5 mg es de mal pronóstico y por arriba de 7 mg algo mejor (el pregnandiol urinario es una expresión del 15 al 20% de la progesterona metabolizada). Más importantes se considera actualmente la determinación del estriol urinario, coincidiendo la mayoría de los autores en afirmar que el pronóstico de la amenaza de aborto es peor cuanto más bajos son sus niveles. En cuanto al valor de la dosificación de gonadotrofinas urinarias se encuentra aún en discusión.

El moco cervical, como hemos dicho, no cristaliza durante la gravidez por acción de la progesterona; pero si cristaliza inyectando 10 mg de benzoato de estradiol es de mal pronóstico o no es embarazo.

La ya mencionada alteración eventual del coeficiente "estrógenos-progesterona" se trasunta con claridad en la colpo o urocitología. El hallazgo de un índice enormemente elevado de eosinofilia y o picnosis (alarma citológica grado I), como también el hecho de que las células intermedias se aíslen y despliegan (alarma citológica grado II), demuestra generalmente una alteración reversible del mencionado coeficiente, pasibles de solución terapéutica hormonal. A estos dos elementos de juicio se les da más valor después de la 14 semana o cuando (aun apareciendo antes de esa fecha), las alteraciones son progresivamente crecientes en controles



sucesivos, o la eosinofilia y o picnosis se encuentran muy por encima de los normal en una sola toma. El aumento, en cambio, de las células parabasales por encima del 23% (alarma citológica grado III), indica por lo común una caída tan profunda en la producción esteroidea sincicial, que el pronóstico del embarazo desde el punto de vista de la posibilidad de aborto o vitalidad ovular, es muy sombrío.

**Conducta Clínica y Terapéutica:** Cuando la amenaza de aborto o el aborto habitual son motivados por reconocidas causas generales extraovulares (lúes, tuberculosis, miomas uterinos, malposiciones irreductibles, etc.), es lógico suponer que mientras no se solucione el problema general etiológico, la gestación no podrá hacer su evolución completa y normal.

Pero el caso más frecuente y de más difícil discriminación terapéutica es el del aborto en la mujer clínicamente sana desde el punto de vista general, que parece "no tener razones", para que el embarazo finalice en un aborto.

En estos casos la conducta más ordenada y lógica es la siguiente:

- 1) Si estamos ante una amenaza de aborto tenemos aún posibilidades de que prosiga la gestación. El éxito del tratamiento depende: a) de que haya vitalidad ovular (es decir que el huevo no sea abortivo), y b) que la lesión del corion no sea irreversible. Se solicita entonces como primera medida un colpocitograma o un urocitograma de la paciente en cuestión. Si el mismo muestra descamación a expensas casi exclusivamente de células intermedias cianófilas plegadas, características todas éstas de embarazo endocrinológicamente normal desde el punto de vista corial, concluiremos que la amenaza no es por razones endocrinas gonadocoriales, y por lo tanto el tratamiento hormonal clásico a base de progestógenos no se justifica, pues el origen de la amenaza "debe estar en otra parte" (posible aborto emocional, psicodinámico, etc).

En estos casos deben calmarse las contracciones uterinas; en efecto, son dos los síntomas que dominan el cuadro; el dolor (producido por las contracciones uterinas) y la hemorragia. Para inhibir las contracciones uterinas se utiliza, como medida fundamental, el reposo absoluto; además se administrarán uteroinhibidores, como la isoxsuprina y el sulfato de magnesio, endosis similares a las señaladas para yugular una amenaza de parto prematuro y que deberán ser reguladas de acuerdo con la gravedad de los síntomas. Se puede utilizar también la progesterona como uteroinhibidor, aunque como dijimos más arriba, no está indicada desde el punto de vista endocrino; sin embargo, esta acción de la hormona no es aceptada por muchos autores. No se debe colocar bolsa con hielo porque estimula la contractilidad uterina. El tratamiento de la hemorragia corre paralelo con las medidas anteriores pues si se consiguen detener las contracciones ésta disminuye. Si hay razones psicodinámicas que puedan justificar el cuadro se utilizarán los psicofármacos adecuados.

En estudios experimentales recientes se ha comprobado que el n-butyl simpatol (uranga Imaz y col.), el etil adrianol (Schwarcz, R. L. y col.) y el alcohol etílico (Fuchs y col.), inhiben la contractilidad uterina, por lo que si esos resultados se confirman estas drogas también podrían ser utilizadas como inhibidores de la contractilidad uterina.

Pero, en cambio, cuando el colpocitograma o el urocitograma muestra descamación, con altos índices eosinófilos o cariopictóticos, testimonio de inversión del coeficiente estrógeno-progesterona, o aumento de células parabasales, índice de profunda hipofunción sincicial, entonces sabremos que estamos en presencia de una amenaza, debida a disfunción endocrinocorial. Aquí sí se justifica el tratamiento hormonal del cuadro, además del sintomático correspondiente. Se acepta que la terapéutica progesterónica favorece el desarrollo de la decidua, siendo útil aquella que prescribe dosis diarias nunca inferiores a los 70 a

100 mg de hormona lútea, ya que la embarazada metaboliza por día aproximadamente 70 mg de progestógenos, - siendo por lo tanto insuficiente toda dosis terapéutica más baja que la de esa cifra umbral. Por ello, la progesterona se administrará en dosis de 100 a 200 mg diarios por - vía intramuscular; si se prefiere la vía bucal, se prescribirá acetoxiprogesterona (Gestágeno, N.R.) en la misma dosis. También se puede administrar simultáneamente con las anteriores como coadyuvante, o bien como única terapéutica progestacional, el caproato de 17 a hidroxiprogesterona (Proluton Depot, N.R.) hormona de depósito que - se prescribirá a razón de 250 a 500 mg intramuscular cada 5 días.

Los derivados del 19 norandrostando o del pregnano (noretoides) tiene una acción similar a los anteriores, pero - también presentan propiedades virilizantes por ser su constitución química parecida a la de la testosterona. Por lo tanto, no nos parece conveniente sustituir los preparados progestacionales por estas drogas, dada su probable interferencia iatrogénica androgenizante.

Actualmente se asocian al tratamiento progestérico los estrógenos; éstos actúan como hemostáticos favoreciendo la vascularización de las vellosidades coriales e inducen a la placenta a producir aún más progesterona, lo que aumenta el porcentaje de resultados terapéuticos favorables. Puede utilizarse benzoato de estradiol en dosis raras, con respecto a la progesterona administrada, de 1 a 5 ó 10 (por ejemplo, 10 a 20 mg diarios de benzoato de estradiol y 100 mg de progesterona natural o derivados de la 17 a hidroxiprogesterona). Si se prefieren los estrógenos sintéticos se administrará dietilestilbestrol (B Cyren, N. R.). La dosis se reducirá a la mitad por cuanto su - potencia es el doble de la del benzoato de estradiol, tam-

bién se puede prescribir estrógenos de depósitos, el valeriano de estradiol (Progynon Depot, N.R.), en dosis de 10 mg IM cada 5 días que se asocian generalmente a las progestonas de depósitos en las dosis indicadas.

- 2) Cuando, pese al tratamiento instituido, el cuadro progresa - y el cuello se dilata en su orificio interno (aborto inevitable) la conducta variará en las dos circunstancias siguientes:
  - a) si el estado general de la paciente y la intensidad de la - hemorragia lo permite, se esperará para conseguir que el aborto se complete espontáneamente, sin necesidad de peligrosas maniobras quirúrgicas; sino se ayudará reforzando las contracciones (ocitocina 1 ó 2 U.I. intramuscular cada 30 a 60 minutos o 50 a 100 miliunidades por minuto en infusión intravenosa continúa hasta lograr la expulsión del huevo); si la hemorragia es profunda y puede hacer peligrar el estado general de la paciente, entonces estamos obligados a apresurar - quirúrgicamente la eliminación del huevo abortivo y la posterior retracción contráctil del miometrio, aumentando la - dilatación del cuello uterino con bujías de Hegar, para luego proceder a la evacuación digital (curaje) o instrumental del útero (curetaje), al final se agregarán hemostáticos, - como hielo local y ocitócicos (ocitocina, derivados del cornizuelo de centeno, etc.).
- 3) Todo lo dicho anteriormente es lo frecuente en el enfrentamiento del aborto en curso de pocos meses; después del cuarto mes de evolución de la gestación, toda maniobra endouterina resulta más peligrosa (posibilidad de perforaciones), y por tanto la conducta debe inclinarse en lo posible a lograr la evacuación uterina por medios medicamentosos (ocitocina).
- 4) Si el caso es infectado, o si la infección se agrega en el postoperatorio de una evacuación uterina instrumental, el reposo, el hielo local, los antibióticos y las altas dosis de vita-

mina C, serán el complemento de rigor. Si se agrega hemorragia grave, debe preferirse en estos casos legrado digital (cura) al instrumental (curetaje).

- 5) En los casos catalogados como aborto habitual, una vez la mujer embarazada de nuevo, deben extremarse los cuidados Reposo en cama y progesterona (75mg diarios durante los dos primeros meses, para luego aumentar a 100 y hasta 200 a medida que el embarazo progresa).

Con todas estas medidas se mantiene el músculo uterino en reposo.

En los primeros meses de embarazo puede servir de control pronóstico del mismo la determinación de estriol y/o pregnandiol urinarios. Normalmente, en el primer tercio de la gestación el estriol se halla en cifras de 0,5 mg en 24 horas el pregnandiol en 8 a 15 mg en 24 horas. También se vigila el desarrollo o eutrofia del trofoblasto por la determinación de las gonadotrofinas coriónicas urinarias, cuyo pico de producción, que puede llegar hasta 100.000 y 200.000 U.I. en 24 horas, está entre los 30 y 100 días de gestación. El uro y el colpocitograma permiten reconocer como ya está dicho, las alteraciones más o menos importantes del coeficiente "estrógeno-progesterona".

El metabolismo basal no parece ser un índice muy valioso de disfunción tiroidea durante la gestación (el hipotiroidismo latente es responsable de muchos abortos habituales).

En este sentido es mucho más eficaz el control del yodo proteico, que alcanza cifras de 4 a 8 mg en 100 ml de plasma al principio del embarazo. El hipotiroidismo latente se combate muy bien con tri-yodo-tironina en dosis de 40 a 60 mg diarios.

Si los 17 cetosteroides estuvieran elevados, muestran alteración suprarrenal, la cual debe ser tratada con cortisona a dosis medias la inyección de 2000 a 3000 U.I. de gonadotrofinas coriónicas dos veces por semana, desde el comienzo del embarazo hasta los cuatro meses, es muy útil.

En resumen: debe imponerse en el aborto la terapéutica conservadora y si el aborto es incontenible la terapéutica evacuadora por medios naturales, reservando la terapéutica activa (legrado) para los casos complicados (hemorragia intensa).

Para el aborto infectado debe privar aún más la terapéutica conservadora, salvo cuando se asocie una hemorragia intensa que exija el cura) digital o, más comúnmente el legrado instrumental.

#### Aborto por incompetencia cervical

La incompetencia del orificio interno del cuello del útero (incompetencia cervical, insuficiencia istmicocervical, abertura cervicoistmica) es una frecuente causa en la etiología del aborto orgánico habitual. Consiste en la expulsión prematura del huevo debido a que el cuello es incapaz de cumplir su función de retención, su frecuencia oscila, según distintos autores, entre el 0,5 y el 3% de los partos. Se trata de un proceso esencialmente del segundo trimestre del embarazo o comienzos del tercero (parto prematuro).

La etiología puede ser:

- 1) Congénita malformaciones uterinas, acortamiento congénito del cervix, escasa cantidad de tejido colágeno en el cuello.



- 2) Traumática dilataciones intempestivas previas con bujías mayores de 10, amputación de cuello, electrocoagulaciones profundas, legrados, partos difíciles, partos operatorios cesárea vaginal, cesárea abdominal baja.
- 3) Funcional: hormonal, por contractilidad uterina excesiva como consecuencia de la presión creciente que ejerce el huevo en el interior del útero, o simplemente por hipotonía del istmo.

Su sintomatología se traduce por interrupción del embarazo generalmente en el segundo trimestre y a veces en el tercero, la cual se caracteriza por su rapidez, ausencia relativa de dolor y la expulsión del huevo en block. Previamente la paciente se puede quejar de molestias difusas en el hemiabdomen inferior, y al examen genital se puede apreciar el borraramiento y dilatación progresiva e indolora del cervix. El examen con espéculo permite apreciar fácilmente las membranas ovulares, a veces haciendo protrusión a través del cuello.

El diagnóstico diferencial debe establecerse frente a otros factores de aborto habitual, especialmente el hormonal. El diagnóstico puede realizarse, antes de la gestación o durante ella.

El síntoma que domina es siempre el antecedente de abortos a repetición habitualmente en el segundo trimestre, a lo cual se puede agregar el de traumatismos genitales o intervenciones quirúrgicas vaginales, dificultosas o no.

Antes del embarazo el diagnóstico puede establecerse clínica o radiológicamente.

El examen vaginal revela:

- 1) La presencia de un desgarro cervical de topografía y extensión variable que pueden extenderse hasta el istmo en otros casos, bastante frecuentes el cuello no presenta lesión aparente alguna.
- 2) La dilatación istmicocervical que permite el pasaje de bujías de Hegar de 8 mm de diámetro o más sin dolor, ni dificultad. Esto es más significativo cuando se lo realiza en la segunda fase del ciclo, período de mayor tonismo del istmo. El examen radiológico se realizará mediante una histerocervicografía y mostrará el canal cervical dilatado con desaparición del estrechamiento que habitualmente se observa a nivel del orificio interno.

Durante el embarazo el diagnóstico se realizará en base a los antecedentes y a los síntomas y signos clínicos que presenta la paciente, ya mencionados más arriba.

Es conveniente recordar que existen casos de insuficiencia funcional, que se manifiestan sólo durante el embarazo desapareciendo la incompetencia fuera de él. Estos casos dificultan el diagnóstico y la indicación operatoria, especialmente si la enferma es examinada antes del comienzo de la gestación.

La evolución sigue habitualmente el siguiente proceso: dilatación progresiva del cuello, hernia de las membranas iniciación de las contracciones y expulsión rápida e indolora o poco dolorosa del huevo, frecuentemente aunque no siempre, en block. La bolsa puede romperse en el curso de la expulsión, aunque no es lo más habitual.

El pronóstico materno es bueno. Desde el punto de la vista fetal es reservado, ya que las posibilidades de que el embarazo llegue al término o cerca de él son muy difíciles de predecir, aun después de una correcta reparación quirúrgica.

El tratamiento consiste en la reparación quirúrgica de la dehiscencia istmicocervical antes del embarazo siempre que sea posible, o durante él.

Las indicaciones para estas intervenciones se basan fundamentalmente en un diagnóstico preciso, que permita descartar los abortos o partos prematuros de otra etiología, ya que en su mayor parte no son debidos a incompetencia cervical. En los casos típicos que hemos descrito la intervención quirúrgica se halla perfectamente indicada. Pero en los síndromes incompletos, que no se manifiestan fuera de la gravidez, y que son debidos a insuficiencia funcional, se deberá intentar primero el tratamiento médico (inhibidores de la contractilidad uterina y estriol oral o parenteral) y sólo ante su fracaso la indicación operatoria será aceptable (a título profiláctico o cuando aparezca la dilatación progresiva del cuello). Se deben aceptar con mucha cautela las indicaciones en los dos últimos meses del embarazo, en que muchas multíparas y algunas primíparas presentan el cuello más o menos en treabierto.

## MEDICAMENTO UTILIZADO EN EL TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE ABORTO.

### FENOBARBITAL:

El fenobarbital es un medicamento que está clasificado dentro de los barbitúricos. Los barbitúricos son todas sustancias de origen sintético y corresponden químicamente a la clase de los ureídos - cíclicos o diureídos.

Los barbitúricos reciben este nombre porque derivan del ácido barbitúrico o malónilurea, que resulta de la condensación de la urea y el ácido málonico para dar lugar al anillo de la tetrahidropirimidina. El ácido barbitúrico es inactivo y adquiere propiedades hipnóticas si se reemplazan los dos átomos de hidrógeno en la posición 5 por grupos alquilos o arilos.

### CLASIFICACION:

Los barbitúricos se clasifican atendiendo fundamentalmente a su duración de acción y se consideran cuatro grupos principales, los barbitúricos de acción prolongada, barbitúricos de acción intermedia (3 a 6 horas de duración), barbitúricos de acción corta (menos de 3 horas de duración) y los barbitúricos de acción ultra-corta empleados por vía intravenosa para producir anestesia general. Los barbitúricos de acción prolongada tienen una duración de más de 6 horas. El fenobarbital se encuentra clasificado dentro de los barbitúricos de acción prolongada.

### ACCION FARMACOLOGICA:

#### Sistema Nervioso Central:

La acción fundamental de los barbitúricos es la depresión no selectiva del sistema nervioso central (parálisis descendente) que,



según la dosis puede ir desde la sedación hasta la anestesia general o el coma y aun la muerte por parálisis del centro respiratorio. En el hombre, con las distintas dosis los efectos observados se describen a continuación:

- a) Sedación: Es la atenuación de la hiperexcitabilidad nerviosa, que se consigue con pequeñas dosis de barbitúricos en los casos de ansiedad, tensión, excitación psíquica en individuos normales o neuróticos calmandose rápidamente el paciente.
- b) Hipnosis: Los barbitúricos a dosis medianas, provocan un sueño semejante al natural, pudiendo el paciente ser despertado por diversos estímulos; la respiración y el pulso están ligeramente retardados y las pupilas algo contraídas. Con el fenobarbital el sueño se presenta a los 30 a 60 minutos y dura 6 a 9 horas, dejando al día siguiente una sensación de malestar, lasitud, depresión y somnolencia.
- c) Facilitación de la analgesia: Los barbitúricos son muy poco o nada analgésicos a las dosis sedantes e hipnóticas. Por otra parte los barbitúricos tienen la propiedad de facilitar la acción de las drogas analgésicas, siendo más eficaz para calmar el dolor dicha asociación que la administración del analgésico únicamente.
- d) Efecto anticonvulsivantes: El fenobarbital tiene una acción selectiva (por el grupo fenilo) depresora sobre la corteza motora en la epilepsia, y a pequeñas dosis (lo que no sucede con los demás barbitúricos) es capaz de prevenir la aparición de los accesos convulsivos denominados gran mal.

#### MECANISMO DE ACCION:

El mecanismo de acción de los barbitúricos sobre el sistema nervioso consiste en la alteración del metabolismo cerebral. Se

ha observado que dichas drogas inhiben la oxidación de la glucosa en el cerebro, disminuyendo la actividad enzimática de las flavoproteínas y también de las deshidrogenasas. Se comprende que la inhibición de las oxidaciones celulares, lleva a una depresión de la actividad de las células nerviosas.

#### SISTEMA CARDIOVASCULAR:

En el hombre las dosis hipnóticas y sedantes no modifican la actividad cardíaca, salvo discreta disminución de la frecuencia por sedación y sueño. Provocan también ligera disminución de la presión arterial. Ahora bien la inyección intravenosa rápida puede provocar una caída tensional manifiesta pero transitoria; debido a vasodilatación periférica.

#### RESPIRACION:

Con dosis hipnóticas los barbitúricos deprimen la respiración muy poco, retardándola algo como en el sueño normal. En cambio con dosis altas deprimen la respiración con disminución de la frecuencia, amplitud y volumen minuto respiratorio.

#### TRACTO GASTRO INTESTINAL:

En el hombre puede producirse un discreto retardo de la evacuación gástrica, pero en general, las dosis sedantes, hipnóticas y anestésicas no afectan prácticamente la actividad gastro-intestinal.

#### UTERO:

Las dosis hipnóticas no modifican la actividad uterina, de manera que el trabajo de parto no es alterado. Sin embargo, durante la anestesia general profunda se produce una disminución de la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas.

**ACCION LOCAL:**

Las sales sódicas solubles de los barbitúricos poseen intensas acciones irritantes locales, lo que se debe especialmente a la alcalinidad de la solución. Así la inyección sub-cutánea o la extravasación de la misma, si se emplea la vía intra-venosa, es capaz de producir necrosis sub-cutánea, de los nervios vecinos y de la piel.

**ABSORCION DESTINO Y EXCRECION:**

Se absorben fácilmente cuando se administran por todas las vías: a) bucal (por el estómago e intestino en proporciones proximadamente iguales, y mejor las sales sódicas que los ácidos libres; b) rectal ( más activa por evitar parcialmente el paso por el hígado. Una vez absorbidos pasan a la sangre combinándose en parte con las proteínas especialmente la albúmina. El fenobarbital se combina en un 20% con la albúmina. De la sangre pasan a todos los tejidos en los que se distribuyen más o menos uniformemente.

La eliminación del organismo se realiza por biotransformación a nivel del hígado y por excreción renal.

**PRESENTACION DEL FENOBARBITAL**

FENOBARBITAL (Laprim. S. A.)

Sedante, Hipnótico, Anticonvulsivo.

- Frasco con 100 comprimidos de 100 mgs.

- Frasco con 50 comprimidos de 20 mgs.

- Elíxir frasco con 120 ml (20mg/5ml).

- Ampolla de 0.32 mgs (2 ml.).

Dosis: Niños: sedante 6 mgs/Kg/24 hrs. p. o dividido en 3 dosis anticonvulsivante 3-5 mgs/Kg dosis im.

Dosis: Adultos: sedante 20-30 mgs. tid-quad po. Hipnótico: 100 mgs/dosis po-im.

2) FENOBARBITAL (Laboratorios Bonin)

Sedante, Hipnótico, Barbitúrico.

- Ampolla 2 ml (0.32 g).

Dosis: Niños: anticonvulsivante 3-5 mgs/Kgs/dosis im.

Adultos: 100 mgs. bid im.

### PRESENTACION DE RESULTADOS

Durante la elaboración del presente trabajo de tesis titulado "AMENAZA DE ABORTO", se revisaron todas las papeletas de las pacientes que ingresaron, durante el año de 1978, al primer piso post-parto del Hospital Roosevelt, y que tuvieron como diagnóstico de ingreso: "Amenaza de Aborto". La totalidad de pacientes estudiadas en este trabajo retrospectivo fue de 161 y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

#### A) DATOS GENERALES:

##### EDAD:

De las 161 pacientes embarazadas, que consultaron por presentar hemorragia vaginal y que fueron diagnosticadas como "Amenaza de Aborto", la paciente de menor edad fue de 14 años y la de mayor edad fue de 45 años de edad.

El grupo etario que presentó mayor cantidad de pacientes con problema de "Amenaza de Aborto", fue el comprendido entre los 14 años de edad a los 20 años, con un total, de 47 consultas (29,19%) de las 161 que se investigaron durante el presente trabajo.

Por el contrario el grupo etario que presentó menor cantidad de pacientes fue el comprendido entre los 41 años de edad a los 45 años con un total de 3 pacientes (1.86%).

Individualmente el mayor número de ingresos al primer piso por problemas de Amenaza de Aborto correspondió a pacientes de 17 años de edad con un total de 18 consultas de las 161 estudiadas (11.18%).

### CUADRO No. 1

(número de consultas y edad de las pacientes.)

De 14 años de edad a 20 años.....	47 pacientes (29.19%)
De 21 años de edad a 25 años.....	40 pacientes (24.84%)
De 26 años de edad a 30 años.....	42 pacientes (26.08%)
De 31 años de edad a 35 años.....	20 pacientes (12.42%)
De 36 años de edad a 40 años.....	9 consultas (5.59%)
De 41 años de edad a 45 años.....	3 consultas (1.86%)
Total 161 pacientes 100%	

##### ESTADO CIVIL:

De las 161 pacientes estudiadas con problemas de hemorragia vaginal de primer trimestre, 130 eran unidas, 26 solteras, 3 casadas y únicamente 1 paciente era divorciada.

El porcentaje de las pacientes cuyo estado civil era unida fue del 84.74%, las pacientes solteras del 16.14%, las pacientes casadas 1.86%, de las pacientes divorciada fue del 0.62%.

##### GRUPO ETNICO:

Únicamente 9 pacientes (5.59%) correspondían étnicamente al grupo indígena, las 152 pacientes restantes (94.40%) eran ladinas.

##### RELIGION:

Del total de las pacientes estudiadas, 155 de ellas profesaban la religión católica (96.27%); 3 pacientes eran evangélicas (1.86%) 1 paciente era adventista (0.62%), y 1 paciente refirió no tener ninguna religión (0.62%).

#### LUGAR DE RESIDENCIA:

151 pacientes (93.78%), residían en la ciudad capital; 5 pacientes provenían de los municipios de Villa Nueva, Villa Canales, San Juan Sacatepequez y Sta. Catarina Pinula (3.10%) y 5 pacientes provenían de los departamentos de Cuilapa, Jutiapa, y Chimaltenango.

#### OCUPACION:

Durante la revisión de las historias médicas de las 161 pacientes del presente estudio, la ocupación de 123 pacientes (76.39%) fue de oficios domésticos en sus casas, 33 de ellas (20.49%) empleadas domésticas en casa particulares, 4 papeletas (2.48%) no referían ningún dato acerca del oficio de la pte. y 1 paciente era maestra de educación primaria urbana (0.62%).

#### B) DATOS OBSTETRICOS:

##### CONTROL PRE-NATAL:

De las 161 pacientes que fueron diagnosticadas como pacientes con Amenaza de Aborto 94 de ellas refirieron no haber tenido ningún control pre-natal durante los primeros tres meses de embarazo el porcentaje de este número de pacientes es de (54.38%).

Un número de 54 historias clínicas de pacientes con Amenaza de Aborto no tenían ningún dato acerca del control pre-natal de las pacientes (33.54%).

De la totalidad de pacientes estudiadas en el presente trabajo (161 pacientes) únicamente 13 de ellas si tuvieron control pre-natal, durante los primeros tres meses de embarazo. El porcentaje de estas pacientes es de (8.07%). De estas pacientes, únicamente 2 refirieron haber tenido su control prenatal con comadrona, 4 con médicos particulares y las 7 restantes en el hospital Roosevelt.

##### PARIDAD:

De todas las pacientes que consultaron por presentar hemorragia vaginal del 1er. trimestre de embarazo y que fueron diagnosticadas como Amenaza de Aborto 53 de ellas (32.91%) eran pacientes nulíparas, 33 pacientes (20.49%), eran secundigestas con un parto anterior, 25 pacientes (15.52%), eran trigestas con dos partos anteriores, 15 pacientes (9.31%) con tres partos anteriores. La paciente con mayor paridad tuvo 12 partos.

(ver gráfica de paridad).

##### ABORTOS ANTERIORES:

111 pacientes (68.94%) refirieron no haber tenido ningún aborto anterior, 32 pacientes refirieron haber tenido 1 aborto anterior



(19,87%) 16 pacientes (9.93%) refirieron haber tenido 2 abortos anteriores, 6 pacientes (3.72%) refirieron haber tenido 4 abortos anteriores.

(ver gráfica).

C) MOTIVO DE CONSULTA:

En este trabajo de investigación, la mayoría de --- pacientes --- consultaron a la emergencia del hospital por presentar hemorragia vaginal, acompañada de dolor tipo cólico --- abdominal, únicamente 3 pacientes (1.86%) no refirieron ningún tipo de dolor, el área de localización del dolor abdominal; fue diferente para las pacientes.

CUADRO No. 2

(localización del dolor en abdomen.).

Hemorragia vaginal más dolor en hipogastrico...	39 pacientes (24.22%).
Hemorragia vaginal más dolor en todo abdomen.....	33 pacientes (20.49%).
Hemorragia vaginal más dolor - lumbo-sacro.....	24 pacientes (14.90%).
Hemorragia vaginal más dolor en cintura.....	24 pacientes (14.90%).
Hemorragia vaginal más dolor supra-púbico.....	24 pacientes (14.90%).
Hemorragia vaginal más dolor en fosas ilíacas.....	7 pacientes ( 4.34%).

continuacion del Cuadro No. 2

Hemorragias vaginal más dolor en ambas fosas renales.....	3 pacientes (1.86%).
Hemorragia vaginal sin dolor.....	3 pacientes (1.86%).
Dolor abdominal sin hemorragia vaginal...	4 pacientes (2.48%).

Todas las pacientes que presentaron cuadro de hemorragia vaginal del primer trimestre de embarazo y que fueron diagnosticadas como Amenaza de Aborto presentaron algunos síntomas adicionales a los mencionados anteriormente, los síntomas más comunes fueron:

Cuadro No. 3

(Síntomas adicionales al dolor y hemorragia).

Fiebre INCT, disuria y nicturia.....	27 pacientes (16.77%).
Hem. Vag., más expulsión de coágulos..	23 pacientes (14.28%).
Fiebre NCXT más escalofrios.....	6 pacientes ( 3.72%).
Hidrorrea.....	5 pacientes ( 3.10%).
Náusea y vómitos.....	4 pacientes ( 2.48%).
Convulsiones.....	1 paciente ( 0.62%).
Masa en cuadrante su. izquierdo.....	1 paciente ( 0.62%).

D) Tiempo de evolución desde el apareamiento de los Primeros síntomas hasta que consultaron a la Emergencia del Hospital Roosevelt.

Durante la investigación realizada acerca de la amenaza de aborto se observó que el tiempo de evolución desde el inicio de los primeros síntomas hasta la consulta a la emergencia del Hospital fue variable para las pacientes, de todas las papeletas, 25 de ellas no presentaban ningún dato acerca del tiempo de evolución.

Así mismo se pudo observar que las variaciones de tiempo la iniciación de los síntomas y su posterior consulta comprendida desde un mínimo de 1 hora de inicio de la hemorragia vaginal en un número de 3 pacientes (1.86%), hasta un máximo de 1 mes de iniciación de hemorragia vaginal en 7 pacientes (4.24%).

La mayor parte de las pacientes con problema de Amenaza de Aborto consultó antes de las 24 hrs. de haberse iniciado los primeros síntomas de dolor abdominal más hemorragia vaginal, el total de pacientes que consultaron antes de las primeras 24 hrs., fue de 48 pacientes (29.81%). Un número de 34 pacientes (21.11%), consultó en el período comprendido dentro de las 24 a las 48 primeras horas de el inicio de su sintomatología hasta su ingreso al primer piso post-parto del Hospital Roosevelt.

Hubo un número de 25 pacientes (15.52%) que consultó antes de su primer semana de inicio de hemorragia vaginal, de estas pacientes, 8 de ellas consultaron al tercer día de sintomatología; 7 consultaron hasta el quinto día de sintomatología obsétrica; 7 lo hicieron la cuarto día y 4 lo hicieron al sexto día.

El resto de pacientes consultó dentro del período comprendido dentro de la segunda y tercer semana después de haber iniciado la sintomatología de Amenaza de Aborto el total fue de 9 pacientes (5.59%).

E) Características de las Hemorragias vaginales presentadas por las pacientes que tuvieron cuadros clínicos de Amenaza de Aborto, según datos subjetivos proporcionadas por las mismas Pacientes.

Durante la revisión de las papeletas de pacientes con Dx. de Amenaza de Aborto, en cuanto a los datos subjetivos proporcionados por las pacientes en relación a la cantidad, color, olor, y algunas otras características especiales que acompañaron la hemorragia vaginal, hubo un total de 50 historias clínicas (31.05%) que no refirieron ningún dato adicional a su problemas de hemorragia vaginal.

Durante el análisis de la cantidad de hemorragia vaginal que refirieron tener las pacientes en el presente estudio 75 pacientes (46.58%) afirmaron que la cantidad de hemorragia vaginal era escasa, 35 pacientes (21.73%), refirieron por el contrario que su hemorragia era moderada y un número de 15 pacientes (9.36%), refirieron que su hemorragia vaginal fue abundante, 4 pacientes (2.48%), no refirieron hemorragia vaginal.

Un número de 133 pacientes (82.60%), refirió que la hemorragia vaginal fue de coloración roja rutilante, y un número de 20 (12.4%), refirió por el contrario hemorragia vaginal roja obscura.

En cuanto a la expulsión de coágulos y pelléjitos (restos placentarios y/o embrionarios) la mayoría de pacientes 95 (59%), refirieron hemorragia vaginal más expulsión de coágulos 45 pacientes (27.95%) refirieron únicamente hemorragia vaginal sin expulsión de coágulos y restos; 15 pacientes (9.36%), refirieron expulsión de coágulos y restos embrionarios. Una paciente (0.62%) refirió expulsión de feto sin hemorragia vaginal?

El problema de hemorragia vaginal más hidrorrea fue referido únicamente por 20 pacientes (12.42%), hemorragia vaginal fétida fue referida únicamente por 2 pacientes (1.24%). Es importante recalcar que estos datos están basados en los datos subjetivos de las pacientes, por lo cual es bastante relativa la validez de los mismos

F) Exámen Físico de Ingreso de las pacientes con diagnóstico de Amenaza de Aborto.

#### ESTADO GENERAL:

Durante la evaluación inicial de las pacientes en la emergencia del hospital Roosevelt, 127 pacientes (78.88%) fueron catalogadas como pacientes con buen estado general.

Un número de 25 pacientes (15.52%) fueron catalogadas como pacientes con regular estado general.

Únicamente 9, pacientes (5.59%) se encontraban con peores condiciones generales al momento de consultar al hospital.

#### SIGNOS VITALES:

##### Temperatura Oral.

De el número total de pacientes investigadas, 125 de ellas (77.63%) se encontraron afebriles en el momento de su evaluación inicial con temperaturas que oscilaron dentro de  $36^{\circ}$  y  $37^{\circ}$

Por el contrario 15 pacientes (9.31%) presentaron cuadro fébril con temperaturas orales que oscilaron dentro de  $38^{\circ}$  y  $40^{\circ}$

Hubo un total de 15 historias clínicas que no tenían anotado el dato acerca de la temperatura de la paciente.

Hubo también 5 pacientes (3.10%) que presentaron una pequeña fébrícula, con  $37.5^{\circ}$

#### PULSO RADIAL:

La mayor cantidad de pacientes evaluadas, presentaron un pulso radial dentro de límites normales, que osciló dentro de

70 pulsaciones por minuto y 90 pulsaciones por minuto, el número de pacientes que presentaron pulsaciones dentro de los límites normales fueron 141 (87.57%). La frecuencia cardíaca que en mayor cantidad de pacientes se presentó fue de 80 pulsaciones por minuto, en un total de 49 pacientes (30.43%).

Se observaron 17 pacientes (10.55%), que presentaron taquicardia, la cual osciló dentro de 110 y 120 pulsaciones por minuto, por el contrario un número de 2 pacientes (1.24%), presentaron bradicardia, de 50 pulsaciones por minuto.

En este caso únicamente una papeleta no presentaba datos acerca del pulso radial de la paciente.

#### PRESION ARTERIAL:

Un porcentaje bastante alto de pacientes, 142 (88.19%) se encontraban normotensas en el momento de su evaluación inicial, la presión arterial que más predominó en las pacientes fue de 110/70 en un total de 55 pacientes (34.16%).

Existió un número de pacientes que presentaron alza en su presión sistólica en el momento de su evaluación, 7 pacientes (4.34%) tuvieron P. A con 130/80, 140/80 y 160/80.

Por el contrario, 5 pacientes (3.10%) presentaron presiones sistólicas y diastólicas "bajas" que oscilaron dentro de 90/50 y 90/60

Únicamente 1 paciente (0.62%) fue catalogada como hipertensa con un control de p. a de 140/110.

Resumiendo los datos anteriores se puede decir que todas las pacientes que fueron diagnosticadas como ptes. con Amenaza de Aborto no presentaron hipotensión y únicamente 1 paciente fue hipertensa.

CARDIOPULMONAR:

Durante su evaluación en la emergencia 160 pacientes -- (99.37%) no presentaron síntomas clínicos de patología pulmonar ni cardíaca.

Únicamente 1 paciente presentaba la faringe hiperémica y disfonía (0.62%).

ABDOMEN:

Durante la evaluación inicial de las pacientes, al examinar el abdomen de las mismas se pudo observar que de las 161 pacientes que fueron diagnosticadas como pacientes con amenaza de aborto 158 pacientes (98.13%), refirieron dolor abdominal a la palpación profunda en distintos cuadrantes abdominales, principalmente en hipogastrio y ambas fosas ilíacas.

También refirieron dolor a la puño percusión en ambas fosas renales un número de 22 pacientes (13.66%).

Hubo una paciente (0.62%), que presentó dolor a la palpación profunda en flanco ilíaco derecho y rebote positivo en pto. de Mcburney; también se observó una paciente (0.62%), con una masa en cuadrante superior izquierdo, posiblemente esplenomegalía.

No todas las pacientes fueron evaluadas, en relación a la medida de su altura uterina, únicamente 59 pacientes (36.64%) presentaron dato en cuanto a su altura uterina.

CUADRO No. 4

(Altura uterina de las pacientes evaluadas)

Pacientes con una altura uterina de 0 a 5 cm.....	18 pacientes
No. de pacientes con una altura uterina de 6 a 10 cm.....	7 pacientes
No. de pacientes con una altura uterina de 11 a 15 cm.....	15 pacientes
No. de pacientes con una altura uterina de 16 a 20 cm.....	12 pacientes
No. de pacientes con una altura uterina de 21 cms.....	9 pacientes

En relación a la auscultación del foco fetal, en 140 pacientes -- (86.95%) no se auscultaba el foco fetal.

Un número de 12 pacientes (7.45%), presentó un foco fetal de 140 pulsaciones por minuto, y en 9 de ellas (5.59%) se auscultó solo pló placentario.

TACTO VAGINAL:

Siendo el problema de Amenaza de Aborto patología eminentemente obstétrica, el tacto vaginal fue imprescindible y diagnóstico en el examen inicial de las pacientes.

Al efectuar el tacto vaginal, se observó en 59 pacientes (36.64%) un útero blando, móvil y aumentado más o menos 1 vez su tamaño normal. En 20 pacientes (12.42%) se palpó aumentando más o menos 1/2 vez su tamaño normal, en 10 pacientes (6.21%), se palpó aume



tado más o menos 4 veces su tamaño. El resto de pacientes 71 (44.09%) no referían datos en cuanto al aumento de tamaño - del útero.

En cuanto a los orificios externos e internos del cérvix, - en pacientes (59,62%) se palparon cerrados ambos orificios, - en 96 pacientes (18.63%), se palpo el orificio externo entreabierto y el orificio interno cerrado, en este caso la mayor cantidad de pacientes (20) no permitía la entrada de el dedo solo en el resto (10 pacientes) si permitía la entrada de un dedo. Un número de 29 pacientes (18.0%) se palpo el orificio externo abierto y el orificio interno cerrado.

Finalmente 4 pacientes (2.48%) presentaban el orificio - externo abierto y el orificio interno entreabierto, 4 pacientes (2.48%) presentaron el orificio externo, y el interno entreabierto.

La hemorragia vaginal en 71 pacientes (44.09%), durante el examen ginecológico fue escasa; en 18 pacientes (11.18%), fue moderada y en 8 pacientes (4.96%), la hemorragia vaginal fue abundante y con coágulos. Únicamente 1 paciente presentó hemorragia vaginal fétida y achocolatada.

Por el contrario en 17 pacientes (10.55%) no se observó hemorragia vaginal al efectuar el examen ginecológico.

Se observó laceraciones en cérvix en 1 paciente (0.62%), en las 161 pacientes (100%), estaban nls. los parametrios y fondo de saco post.

EVALUACION DE MIEMBROS INFERIORES:

De todas las pacientes que presentaron cuadros clínicos de Amenaza de Aborto, únicamente 3 (1.86%) presentaban

edema grado II de ambos miembros inferiores, con fovea.

OTROS HALLAZGOS DURANTE EL EXAMEN FISICO INICIAL:

Durante la evaluación inicial en la emergencia de las pacientes que consultaron por presentar hemorragia vaginal del 1 trimestre de embarazo, se observó:

CUADRO No. 5

(otros hallazgos durante el examen físico de ingreso)

Estado alcoholico.....	2 pacientes (1.24%)
Dolor en ambas mamas.....	1 paciente (0.62%)
Equimosis palpebral en ojo derecho más erosiones en el cuello.....	1 paciente (0.62%)
Paciente létargica, con dificultad para mantener equilibrio.....	1 paciente (0.62%)
Pediculosis.....	1 paciente (0.62%)
Pápilomatosis vaginal.....	1 paciente (0.62%)

Antecedentes Traumáticos, a los cuales algunas pacientes atribuyeron ser la causa principal de su cuadro hemorrágico.

Durante la entrevista realizada en la emergencia al momento de ingresar al primer piso post-parto para el tratamiento de la amenaza de aborto 25 pacientes (15.52%) refirieron antecedentes traumáticos como factor principal y desencadenante de la hemorragia vaginal; los datos referidos fueron:

CUADRO No. 6

(Antecedentes Traumaticos)

13 pacientes (8.07%), refirieron haber sufrido una caída en su casa e inmediatamente iniciaron cuadro de hemorragia vaginal (una de ellas refirió haberse caído de una silla y otra de las escaleras de su casa.

3 pacientes (1.86%), refirieron haber sido pateadas por sus esposos recibiendo la mayor cantidad de golpes en el abdomen, iniciando posteriormente a ellos, hemorragia vaginal.

3 pacientes refirieron haber consultado con comadrona, las cuales inyectaron un medicamento que las durmieron, presentando hemorragia vaginal con coágulos al despertar (una de ellas admitió que la comadrona le introdujo un aparato metálico en la vagina).

1 paciente (0.62%), refirió haber sido asaltada y golpeada por varios ladrones, principalmente en el abdomen.

1 paciente (0.62%), refirió que hacía aproximadamente un mes le efectuaron legrado uterino instrumental por aborto incompleto en un hospital departamental, pero la hemorragia no cedió y continuó con ella hasta que consulto al hospital Roosevelt.

Continuacion del Cuadro No. 6

2 pacientes (1.24%), refirieron haber levantado un baño de ropa pesada, los cuales les provocaron hemorragia vaginal.

1 paciente refirió haber sido empujada por varios hombres cayendo sobre su abdomen presentado posteriormente a ello dolor abdominal más hemorragia vagina.

### DIAGNOSTICO MAS FRECUENTE DE INGRESO

Al evaluar a las pacientes en la emergencia del hospital, y su posterior ingreso a la sala del 1 piso post-parto para su tratamiento se elaboraron varios diagnósticos, los cuales al finalizar el tratamiento y al egresar la paciente fueron o no, los más frecuentes:

Amenaza de Aborto.....	161 pacientes (100%)
Embarazo.....	161 pacientes (100%)
Infección Urinaria.....	42 pacientes (26.08%)
Embarazo Juvenil.....	3 pacientes (1.86%)
Aborto Habitual.....	2 pacientes (1.24%)
Diu. extraviado.....	1 paciente (0.62%)
Hiperemésis grávidica.....	1 paciente (0.62%)
Embarazo valioso.....	1 paciente (0.62%)
Gastro-entero colítis aguda.....	1 paciente (0.62%)
Anemia severa.....	1 paciente (0.62%)
Etilismo Agudo.....	1 paciente (0.62%)
IRS.....	1 paciente (0.62%)
Esplenomegalia de etiología.....	1 paciente (0.62%)
Epilepsia.....	1 paciente (0.62%)
Enfermedad Péptica.....	1 paciente (0.62%)
Césarea Segmentaria Anterior.....	2 pacientes (1.24%)

Todas las pacientes embarazadas diferían en cuanto al tiempo de gestación, en semanas por última regla.

### CUADRO No. 7

(Semanas de Gestación por última regla)

Embarazo de 5 semanas por última regla.....	2 pacientes (1.24%)
Embarazo de 6 semanas a 10 semanas por U. R.....	28 pacientes (17.39%)
Embarazo de 11 semanas a 15 semanas por U. R.....	25 pacientes (15.52%)
Embarazo de 16 semanas a 20 semanas por U.R.....	20 pacientes (12.42%)
Embarazo de 21 semanas a 25 semanas por U.R.....	11 pacientes (6.83%)
Embarazo de 26 a 27 semanas por U.R.....	5 pacientes (3.10%)
No. de papeletas que no presentaron este dato.....	32 papeletas (19.87%)

Conducta empleadas para tratar hospitalariamente el cuadro = clínico de la Amenaza de Aborto en el Hospital Roosevelt

- 1) Ingres a 1 piso, PP.
- 2) Reposo Absoluto en Cama.
- 3) Dieta Libre a Tolerar.
- 4) S/V de Rutina.
- 5) Vigilar por:
  - A) Hipotensión arterial.
  - B) Fiebre.
  - C) Hemorragia vaginal.
  - D) Dolor Abdominal.
  - E) Náusea y/o vómito.
  - F) Estado de Conciencia.
  - G) Trabajo de Aborto.
- 6) Laboratorios:
  - A) Hematología completa.
  - B) Grupo sanguíneo y factor RH. (PRN)
  - C) VDRL.
  - D) Heces.
  - E) Exámen Completo de Orina.

- F) Gravindex.
- G) Ultrasonograma (únicamente se empleó en 2 pacientes (1.24%).
- H) Widal (únicamente en 1 paciente (0.62%).
- I) Fibrinogeno (únicamente en 2 pacientes = (1.24%).
- J) Frote periferico (únicamente en 1 paciente = (0.62%).

7) Medicamentos:

En este aspecto las conductas médicas variaron, en cuanto a dosis. El medicamento de elección fue el FENOBARBITAL.

CUADRO No. 8

( Dosis de Fenobarbital aplicadas en las pacientes)

Fenobarbital 50 mgs. po TID.....	46 pacientes (28%)
Fenobarbital 320 mgs, IM stat y luego	
50 mgs. po TID.....	27 pacientes (17%)
Fenobarbital 50 mgs. po BID.....	27 pacientes (17%)
Fenobarbital 100 mgs IM stat y luego	
50 mgs. po TID.....	7 pacientes ( 4%)
Fenobarbital 320 mgs. IM stat y luego	
100 mgs. po TID.....	5 pacientes ( 3%)
Fenobarbital 100 mgs. po TID.....	5 pacientes ( 3%)
Fenobarbital 50 ms. po stat y luego	
50 mgs. po TID.....	5 pacientes ( 3%)
Fenobarbital 320 mgs. IM stat y luego	
50 mgs po BID.....	4 pacientes ( 2%)



Fenobarbital 100 mgs. IM stat y luego  
 50 mgs po BID.....4 pacientes ( 2%)  
 Fenobarbital 50 mgs. stat y  
 50 mgs. po BID.....2 pacientes (1%)  
 Fenobarbital 50 mgs. po  
 c/24 horas.....1paciente (0.62%)  
 Fenobarbital 100 mgs. IM stat y luego  
 100 mgs. po TID.....1 paciente (0.62%)  
 Fenobarbital 320 mgs. IM stat.....1paciente (0.62%).

CUADRO No. 9

(Asociación del fenobarbital con analgésicos antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos).

Fenobarbital 320 mgs im stat; luego 50 mgs. po tid más Indometacina 25 mgs. po QUID y aplicación de un supositorio de Indometacina tid en 1 paciente (0.62%).

Fenobarbital 50mgspo tid, más 25 mgs po tid de Indometacina, en 1 paciente (0.62%).

Fenobarbital 100 mgs po TID más Indometacina 25 mgs. po tid, en 1 paciente (0.62%).

Fenobarbital 100mgspo stat, luego 50 mgs. po Tid, más Indometacina 50 mgs. po stat y luego 25 mgs. po tid, en 1 paciente (0.62%)

CUADRO No. 10

(Utilización de otros medicamentos en substitución del Fenobarbital).

Diazepám 10 mgs. po c/24 horas.

UTILIZACION DE OTROS MEDICAMENTOS AL PRESENTAR -- CUADRO DE AMENAZA DE ABORTO Y DE INFECCION URINARIA CONJUNTAMENTE

Siendo la infección urinaria, la patología que con más frecuencia se vió asociada al cuadro de Amenaza de Aborto en este estudio, la conducta terapéutica efectuada fue la de utilizar el fenobarbital y la ampilina como antibiótico de primera elección.

El número total de pacientes con infección urinaria fue de 42 pacientes (26.08%), el diagnóstico básicamente fue, efectuado en base al cuadro clínico característico, (fiebre, dolor a la puño-percusión en ambas fosas renales, cefalea, disuria, nicturia), y además en el resultado patológico de los exámenes simples de orina, evidenciado por la presencia de leucocitos en las misma (más de 7 a 8 leucocitos por campo, bacterias abundantes).

Nuevamente la única diferencia terapéutica fue en cuanto a dosis, ya que como anteriormente mencionamos, el antibiótico de elección fue la ampilina.

CUADRO No. 11

(Dosis de ampilina empleadas en pacientes con problemas de Amenaza de Aborto más Infección Urinaria).

Ampilina 500 mgs. Po c/6 hrs.....23 pacientes (55%)  
 Ampilina 500 mgs. IV c/6 hrs (4 dosis) y luego  
 Ampilina 500 mgs. po c/6 hrs.....11 pacientes (26%)  
 Ampilina 500 mgs. IV stat y luego  
 500 mgs. po c/6 hrs..... 2 pacientes ( 5%)  
 Ampilina 1 gr. po stat y luego  
 500 mgs. po c/6 hrs..... 2 pacientes ( 5%)  
 Ampilina 500 mgs. IV c/6 hrs. (4 dosis) y luego  
 Ampilina 250 mgs. po c/6 hrs..... 1 paciente ( 2%)  
 Sulfametoxazol más Trimetropin 2 tabletas po c/12 hrs.. 3 pts (7%).

En todas las pacientes con infección urinaria, se utilizo el ácido acetil-salicílico 1 tab. po c/6 hrs. prn por:

- a) cefálea.
- b) Fiebre.
- c) Dolor.

En relación a la asociación de la amenaza de Aborto con la hiper-emésis grávidica que se presento en una paciente la conducta terapéutica fue:

- a) reposo absoluto.
- b) Dieta líquida si tolera.
- c) s/v de rutina.
- d) fenobarbital 1 ampolla Im stat y luego 50 mgs. po c/12 hrs.
- e) Dimenhidrinato 2cc. Im c/12 hrs.

En la paciente con cuadro de etlismo agudo, se emplearon soluciones IV de Dextrosa al 5% para 8 horas y fenobarbital 50 mgs. po tid.

Hubo una paciente (0.62%) que además de presentar cuadro de amenaza de aborto, era paciente con epilepsia (gran mal) presentando varias convulsiones tónico-clónicas y además pte. con enfermedad péptica.

En este caso la conducta fue:

- A) fenobarbital 50 mgs. po c/ 8 hrs.
- B) Dieta neutralizante de 6 tiempos.
- C) Malox 15 cc po 1/2 hrs. después de c/comida.
- D) Dimenhidrinato 1 cc IM 1/2 hr. antes de c/comida.
- E) Difenhidantoinato de Sodio 100 mg. po tid.
- F) Belladona 20 gts. en 1/2 vaso de agua tid.

### EVOLUCION CLINICA DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE ABORTO

De las 161 pacientes objeto del presente estudio que consultaron por presentar hemorragia vaginal del primer trimestre, siendo diagnosticadas como amenaza de aborto y habiendo recibido tratamiento con sedación y reposo absoluto, hubo un total de 80 pacientes (50%), de pacientes que abortaron, 50 pacientes (31%) egresaron a sintomáticas, sin hemorragia vaginal y 26 pacientes (16%) continuaron con su embarazo normal y tuvieron su parto. Hubo 7 pacientes (3%), que exigieron su egreso contraindicado - médicamente.

Analizando de manera más detallada los datos anteriores, de las 80 pacientes que abortaron.

Aborto incompleto no séptico.	-----65	pacientes (81%)
Aborto incompleto séptico	-----13	pacientes (16%)
Aborto fetal completo	-----2	pacientes ( 2%)

De las 65 pacientes que presentaron cuadros clínicos de aborto incompleto no séptico, 7 pacientes (11%) egresaron asintomáticas del hospital Roosevelt volviendo a ingresar en un tiempo aproximado de 24 hrs. con cuadro de aborto incompleto 2 pacientes (29%), 1 paciente reingreso 48 hrs. Después de su egreso también con aborto incompleto no séptico; 1 paciente 72 hrs., después de su egreso, 2 pacientes (29%), volvieron a ingresar con cuadro de aborto incompleto no séptico 4 días después de su egreso; 1 paciente reingreso a los 8 días y la que más tiempo tardó en reingresar también con cuadro de aborto incompleto no séptico a los 14 días.

En cuanto a los re-íngresos de las pacientes con aborto incompleto séptico solo hubo 1 paciente que egreso asintomática y volvió a ingresar a las 48 hrs. de su egreso con cuadro clínico de aborto incompleto séptico.

Analizando el tiempo de embarazo por última regla y altura uterina, el tipo de aborto según tiempo de evolución que se presento en gran porcentaje en las pacientes fue el aborto embrionario incompleto no séptico en 39 pacientes (60%); el aborto ovular incompleto no séptico en 14 pacientes (22%).

En cuanto a las pacientes con abortos incompleto séptico, según edad de embarazo por última regla y altura uterina, también el aborto embrionario séptico fue el que se presento en mayor cantidad de pacientes, 8 pacientes (61%), fueron las que presentaron aborto, embrionario séptico, el resto de ella 5 (38%), presentaron aborto ovular séptico.

De las totalidad de pacientes que presentaron aborto, únicamente 2 de ellas (2%), presentaron abortos completos fetales.

Continuando con el análisis de la evolución clínica de las pacientes que consultaron por Amenaza de Aborto, únicamente 26 pacientes (16%), egresaron asintomáticas del hospital y continuaron con su embarazo normalmente hasta volver a ingresar al hospital por trabajo de parto activo y tuvieron su parto hospitalariamente.

De las 26 pacientes (de un total de 161 estudiadas con Amenaza de Aborto), el tipo de parto en ellas fue:

- Pacientes con parto eutósico simple.....20 pacientes (77%)
- Pacientes con parto distósico simple..... 6 pacientes (23%)

En el estudio de las pacientes que continuaron con su embarazo normalmente hasta su parto se observo que 4 pacientes (15%), egresaron asintomáticas después de haber sido hospitalizadas por la amenaza de aborto, volviendo a ingresar en varias oportunidades por presentar amenaza de parto prematuro:

Paciente con diagnóstico de trabajo de parto prematuro en 1 reingreso antes del parto-----2 pacientes (50%).

Pacientes con amenaza de parto prematuro en 3 reingresos al hospital antes de su parto-----2 pacientes (50%).

Únicamente 2 pacientes que tuvieron parto distósico simple tuvieron 3 re-íngreso al hospital Roosevelt por presentar también amenaza de parto prematuro.

De las 50 pacientes (31%) que egresaron completamente asintomáticas del hospital y de las cuales no se sabe si abortaron o si tuvieron su parto, debido a que no volvieron a consultar al hospital después de su cuadro de amenaza de aborto, 5 de ellas (14%) exigieron su egreso contraindicado.

De las pacientes que exigieron su egreso en contra de la indicación médica, 3 de ellas (60%), aún continúan con hemorragia vaginal y las 2 restantes (40%), ya no presentaban hemorragia vaginal.

Hubo una paciente que fue diagnósticada por aborto incompleto no séptico y no se dejó efectuar legrado instrumental como su tratamiento médico curativo y exigió su egreso.

De las 50 pacientes que egresaron asintomáticas del hospital hubo una (0.82%), que volvió a ingresar por presentar de nuevo cuadro de Amenaza de Aborto, volviendo a egresar asintomática.

1 paciente que egreso asintomática de su problema de amenaza de Aborto, volvió consultar a la emergencia del hospital 1 mes después de su egreso y se le diagnóstico PSEUDOSIESIS en esta segunda oportunidad.

CUADRO No. 12

(No. de total de pacientes con diagnóstico de Amenaza de Aborto.....)	161 pts.)
No. total de pacientes con Dx. de Amenaza de Aborto que abortaron.....	80 (50%)
No. total de pacientes con Dx. de Amenaza de Aborto que continuaron con su embarazo normal y tuvieron su parto.....	26 (16%)
No. total de pacientes con Dx. de Amenaza de Aborto que egresaron asintomáticas, pero que por no existir seguimiento médico de ellas se desconoce el resultado final de su cuadro de Amenaza de Aborto.....	50 (31%)
No total de pacientes que exigieron su egreso en contra de la indicación médica.....	5 ( 3%)
No. total de pacientes.....	161 (100%)

Análisis final de las pacientes que fueron diagnosticadas con problema obstétrico de Amenaza de Aborto y que la evolución clínica finalizó en cuadro clínico de Aborto Incompleto No séptico.

No total de pacientes con cuadro de Amenaza de Aborto..161ptes.

No total de pacientes con Aborto Incompleto no Séptico.....65 ptes (81%)

Durante el tiempo que las pacientes con amenaza de aborto permanecieron internadas en el primer piso post-parto, diariamente fueron evaluadas ginecológicamente para observar el desarrollo de la amenaza de aborto.

La evolución de la amenaza de aborto hacia el aborto inevitable y posteriormente al aborto incompleto no séptico, fue bastante rápido en algunas pacientes, así tenemos que en 30 pacientes (46%), a las 48 hrs. de su ingreso fueron evaluadas y la amenaza de aborto había evolucionado hasta el ab. incompleto no séptico; en 15 pacientes (23%), fue hasta el 3 día de su ingreso cuando su cuadro clínico era ya de aborto incompleto; en 6 pacientes (9%) fue hasta el 4 día de ingreso; en 3 pacientes hasta el 5 día de su ingreso, la paciente que más tiempo duro con tratamiento médico para la amenaza de aborto pero el mismo cuadro evolucionó hasta llegar al aborto inevitable y posteriormente al aborto incompleto no séptico fue hasta el 14 día de su ingreso.

Por lo contrario hubo 2 pacientes (3%) que a las 12 hrs. después de su ingreso con diagnóstico de amenaza de aborto al re-evaluarlas presentaba ya el cuadro clínico de aborto incompleto, 2 pacientes (3%) a las 23 hrs. de su ingreso evidenciaban ya tanto por síntomas clínicos como por datos subjetivos la evolución de la amenaza de aborto hacia el aborto incompleto no séptico, por último 2 pacientes (3%) a las 17 hrs. de su ingreso presentaban aborto incompleto.



Los datos clínicos que evidenciaron aborto incompleto no sépticos en las pacientes, fueron aumento de dolor abdominal, aumento de la hemorragia vaginal con expulsión de resto embrionarios. El tacto vaginal demostraba ambos orificios abiertos, restos placentarios y embrionarios, abundante hemorragia vaginal.

Análisis de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de - Amenaza de Aborto y que evolucionó clínicamente hasta aborto incompleto séptico.

No. total de pacientes con Amenaza de Aborto...161 ptes.

No. total de pacientes con Aborto incompleto Séptico.....13 ptes.

El diagnóstico de Aborto incompleto séptico fué hecho - en su mayoría por la presencia de fétidez, en los restos placentarios, fiebre, lasceraciones en el cervix, que evidenciaban manipulación previa a la hospitalización de la paciente orificios externo e interno abierto.

Hubo un total de 13 pacientes (16%), cuyo cuadro de - amenaza de Aborto evolucionó hasta el de aborto incompleto séptico. De estas pacientes, 9 pacientes a las 48 hrs. de su - ingreso presentaron cuadros compatible con aborto incompleto séptico, 3 pacientes a los 3 días de su ingreso evolucionó su cuadro diagnóstico inicial de Amenaza de Aborto al de Aborto incompleto séptico y hubo 1 paciente que evidenció su cuadro de Aborto incompleto séptico a los 4 días de su ingreso.

CONDUCTAS EMPLEADAS EN EL HOSPITAL ROOSEVEL EN LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO INCOMPLETO NO SEPTICO.

- 1) Traslado a séptico.
- 2) Nada P.O hasta nueva orden.
- 3) Reposo en camilla.
- 4) Signos vitales c/15 minutos por externo.
- 5) Preparación perineal.
- 6) Vigilar por:
  - a) fiebre,
  - b) hipotensión
  - c) hemorragia vaginal
  - d) desarrollo de trabajo de aborto.
- 7) Laboratorios:
  - a) hb,
  - b) ht
  - c) compatibilidad PRN.
- 8) Atropina 0.5 mg. 30 minutos antes de Legrado Uterino
- 9) Legrado Uterino Instrumental stat.
- 10) Hartman 1,000 c.c. iv para 6 hrs.
- 11) Reportar cambios.

CONDUCTA EMPLEADAS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT CON LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CUADRO DE ABORTO INCOMPLETO SEPTICO.

- 1) Traslado a Séptico.
- 2) Nada P.O. hasta nueva orden.
- 3) Reposo en camilla.
- 4) signos vitales cada 30 minutos.
- 5) vigilar por: fiebre, hemorragia, vaginal hipotensión
- 6) Hartman 1,000 c.c. iv para 6 horas.
- 7) Medicamentos:  
Atropina 0.5 mg 30 minutos antes de legrado uterino  
inst, penicilina Cristalina 3,000,000 de U. iv c/3hrs.  
cloramfenicol 1 gr. iv stat y luego 500mgs. iv c/6hrs.  
Legrado Uterino Instrumental stat.
- 8) Preparación perineal.
- 9) Reportar cambios stat.

Los medicamentos penicilina cristalina y cloramfenicol iv. a las 24 hrs. post-legrado uterino se omiten y se administraron IM. la conducta en relación a los antibióticos iv. fueron:

- 1) Omitir penicilina cristalina.
- 2) Omitir cloramfenicol iv.
- 3) Pasar penicilina cristalina a penicilina procaína 800,000, ui. IM c/12 hrs.

- 4) pasar cloramfenicol iv. a cloramfenicol po, 500 mgs po c/6 hrs.

Unicamente hubo una paciente con cuadro de Aborto Incompleto séptico en la que se utilizaron otros antibióticos. (aminoglucósido)

Además de utilizar la penicilina cristalina y el cloramfenicol se emplearon la gentamicina 80 mgs. im c/8 hrs. y la clindamicina 300 mgs. por c/6 hrs.

Ordenes médicas en el post-legrado empleado en el hospital Roosevelt.

- 1) Pasa a 1 er. piso post-parto
- 2) Nada por 6 horas, luego dieta libre.
- 3) Reposo en cama.
- 4) Signos vitales c/15 minutos durante 2 hrs. si estables de rutina
- 5) Vigilar por:
  - a) hemorragia vaginal
  - b) hipotensión
  - c) fiebre
- 6) Acido Acetilsalisílico y Ergotrate, una tableta po tid
- 7) Cateterizar c/8 hrs. prn.
- 8) Reportar cambios.

La única diferencia en cuanto a conductas en el post-legrado uterino, fue la adición o no de antibióticos, dependiendo de que se tratara de aborto incompleto, séptico o no séptico.

#### Complicaciones después del legrado uterino instrumental:

Siendo el legrado uterino instrumental procedimiento curativo en los problemas de aborto incompleto, este se llevo a cabo en 78 pacientes (48%), de las 80 pacientes que en total abortaron en el presente estudio.

Las únicas dos pacientes (2%) que no se les efectuó legrado uterino instrumental fueron:

1 paciente con Dx. de aborto completo fetal en la cual el personal médico del hospital considero el LUI, no necesario, en esta paciente, debido a que expulso el feto macerado y la placenta completa.

1 paciente con diagnóstico de aborto incompleto no séptico la cual pidió egreso en contra de la indicación médica.

Dentro de las complicaciones que se observaron en el post-legrado inmediato, se tiene 4 pacientes (5%), presentaron shock hipovolemico, transfundiendoles inmediatamente 500 c.c. de sangre completa, mejorando inmediatamente.

Se volvió a efectuar un legrado uterino instrumental en 1 paciente (0.62%) debido a la realización de legrado incompleto, por el cual la paciente siguió con hemorragia vaginal hasta que le volvió a efectuar de nuevo legrado uterino instrumental.

Una paciente (0.62%), presentó un post-legrado complicado con infección pélvica. El procedimiento de elección

efectuado en esta paciente fue el tratamiento médico con antibioterapia, iniciado con penicilina cristalina 3,000,000 y cloramfenicol 500 mg. iv c/6 hrs. posteriormente estos medicamentos fueron cambiados a im y p. penicilina procaína 800,000 unidades im c/12 hrs. y cloramfenicol 500 mgs. po.

Una paciente tuvo una complicación de endometritis teniendo tratamiento de antibioterapia, con los medicamentos penicilina y cloramfenicol con la misma dosis mencionada arriba.

Es interesante saber que únicamente con paciente hubo necesidad de utilizar las bujías de Hegar para dilatación de los orificios externos e internos y poder efectuar el legrado uterino instrumental.

Durante la evaluación ginecológica inicial antes de efectuar el legrado uterino instrumental, en todas las pacientes se observo, ambos parametrios normales y el fondo de saco posterior también normal.

Análisis de las pacientes embarazadas que fueron diagnóstica-  
das como pacientes con amenaza de aborto, tuvieron tratamien-  
to médico y continuaron con su embarazo normal hasta su  
parto.

No. total de pacientes con diagnóstico de Amenaza  
de Aborto.....161

No. total de pacientes con Amenaza de Aborto que  
continuaron con su embarazo normalmente hasta su  
parto.....26

Dentro de las pruebas de laboratorio efectuadas en todas  
las pacientes con diagnóstico de Amenaza de Aborto se encu-  
entra la prueba de embarazo o gravindex. No en todas las -  
pacientes fue reportado como positivo, esto atendiendo funda-  
mentalmente a la edad del embarazo de las pacientes, así -  
tenemos los siguientes resultados:

- 146 pacientes con gravíndex positivo.
- 15 pacientes con gravíndex negativo.

Las 15 pacientes (9.31%), con resultado negativo en su  
gravíndex presentaban un embarazo con una edad gestacional  
por última regla menor de 11 semanas.

Dentro de las 26 pacientes (16%) que tuvieron su parto,  
hubo un total de 20 partos eutósicos simples y 6 partos distó-  
sicos, simples. Es importante saber que dentro de estas pa-  
cientes que tuvieron su parto, hubo 4 pacientes que reingre-  
saron en varias oportunidades al hospital por presentar traba-  
jo de parto prematuro.

Ordenes médicas de las pacientes que ingresaron al hospital Roose-  
velt, con trabajo de parto activo:

- 1) Ingresa a labor y partos.
- 2) Nada p.o hasta nueva orden
- 3) S/v de rutina.
- 4) Reposo relativo.
- 5) Vigilar por:
  - a) foco fetal
  - b) trabajo de parto
  - c) hidrorrea
  - d) hipertensión.
- 6) Preparar púbis y periné.
- 7) Laboratorios
  - a) grupo y Rh.
- 8) Reportar cambios.

De las 20 pacientes con parto eutósico simple hubo 3 pacientes  
que ingresaron por presentar ruptura prematura de membranas de más  
o menos 8 hrs., de evolución. En estas pacientes las órdenes de in-  
greso no se modificaron únicamente se agregaron:

- a) no efectuar tactos vaginales
- b) vigilar por fiebre.
- c) efectuar prueba de tarnier y de Kotek.



Hubo una paciente que ingreso con diagnóstico de pre-eclampsia, con una presión arterial de 170/120, en esta paciente se agregaron a las órdenes médicas a) laboratorios

a) albumina en orina y plásmatica.

b) química sanguínea.

c) colesterol.

b) medicamentos:

1) sulfato de magnesio 10 grms. intra-muscularmente, 5 grs. en c/glúteo stat y evaluar nueva dosis dentro de 4 hrs.

2) Hydralazina 10 mg. iv stat.

Durante el segundo período del parto la complicación más frecuente fue la presencia de una circular al cuello en 1 recién nacido y la presencia de doble circular al cuello en 2 recién nacidos.

De los 20 partos eutósico simples hubo 13 recién nacidos de sexo femenino y 7 de sexo masculino. Los pesos al nacer oscilaron dentro de las 4 lbs., a las 8 lbs.,

Recién nacidos con 4 lbs. de peso al nacer.....	3
Recién nacidos con 5 lbs. de peso al nacer.....	4
Recién nacidos con 6 lbs. de peso al nacer.....	5
Recién nacidos con 7 lbs. de peso al nacer.....	7
Recién nacidos con 8 lbs. de peso al nacer.....	1

El apgar de los recién nacidos fue de 8 al 1 y 10 a los 5' en 14 niños. de 6 al 1 y 10 a los 5' en un total de 6 niños.

En cuanto al alumbramiento, fue natural en todas las madres; la placenta y las membranas salieron completas.

El cordón umbilical fue central en 11 pacientes y excéntrico en 9, la longitud del mismo fue de 50 cms. en 13 pacientes, 40 cms. de longitud en 6 pacientes y en 1 paciente fue de 90 cms (el recién nacido de esta paciente presento doble circular al cuello al nacer).

El tipo de presentación fetal en todas las pacientes con PES. fue céfalica:

Occípito ilíaca izquierda anterior.....	14 recién nacidos
Occípito ilíaca derecha anterior.....	5 recién nacidos
Occípito ilíaca izquierda transversa.....	1 recién nacido.

El puerperio hospitalario de las 20 pacientes con parto eutósico simple fue normal.

Unicamente hubo un recién nacido que nació muerto su madre tuvo problema de tóxemia del embarazo.

Hubo un dato interesante en relación a la falta de equipo médico en los hospitales nacionales, un recién nacido duró 4 minutos sin que se le aspirar flemas y 7 minutos sin que se le cortara el cordón umbilical por falta de equipo médico según nota de externo que atendió el parto.

Dentro de las complicaciones del segundo período hubo 2 rasgaduras grado II suturadas.

Análisis de las pacientes que presentaron Amenaza de Aborto y que tuvieron parto distósico simple:

Las pacientes que tuvieron parto distósico simple fueron 6 (4%) cuyos partos se resolvieron por la vía alta (Cesárea Segmentaria Transperitoneal).

Las indicaciones médicas para efectuar las cesáreas en las pacientes, fueron:

- 1) Cesárea Segmentaria Transperitoneal por Desproporción Céfalopélvica.....2 ptes.
- 2) Cesárea Segmentaria Transperitoneal por 2 Cesáreas Segmentarias Transperitoneales anteriores más trabajo de parto prematuro.....2 ptes.
- 3) Cesárea Segmentaria Transperitoneal por pélvis estrecha, desproporción céfalopélvica, pre-eclampsia más 2 inducciones fallidas.....1 ptes.
- 4) Cesárea Segmentaria Transperitoneal por pélvis estrecha.....1 ptes.

En la paciente que presentó cuadro de pre-eclampsia se utilizó el sulfato de Magnesio 10 gr. im stat, 5 grs. en c/6 hrs. en la 1er. dosis, luego se evaluó c/4hrs. para nuevas dosis.

En las pacientes que tuvieron conducción por dilatación-estacionaria y trabajo de parto irregular, se utilizaron soluciones de Dextrosa al 5% con 5 unidades de Syntocinón en los 1,000 c.c. de Dextrosa.

Hubo 4 recién nacidos de sexo masculino y 2 de sexo femenino, el apgar de los recién nacidos fue de 8 al 1 y de 10 a los 5. La variedad de presentación en los recién-nacidos fue:

- Occipito ilíaca izquierda anterior.....2 ptes.
- Occipito ilíaca izquierda transversa.....3 ptes.
- Sacro ilíaco izquierda anterior.....1 ptes.

El peso al nacer de los recién nacidos varió dentro de 6 lbs. (2 r.n.) 7 lbs. (2 m.) y 8 lbs. (1 m). Hubo un recién nacido con un peso de 3 lbs. que falleció a las 18 hrs. de haber nacido.

Hubo un puerperio complicado con infección urinaria en 1 paciente, tuvo tx. con sulfametoxazol más trimetropin 2 tab., po c/12 hrs.

Análisis de las pacientes con amenaza de aborto que presentaron cuadro de amenaza de parto prematuro:

Dentro de las 26 pacientes que después de haber presentado Amenaza de Aborto y tuvieron su parto, hubo 4 (15%), que presentaron en varias oportunidades cuadro de amenaza de parto prematuro y fueron ingresadas al hospital para su tratamiento médico adecuado.

Dos pacientes que presentaron trabajo de parto prematuro, ingresaron únicamente una vez presentando sintomatología de amenaza de parto prematuro, en una de ellas únicamente se utilizó el reposo absoluto y la observación como conducta médica, egresando asintomática.

En las tres pacientes restantes se utilizaron medicamentos como fenobarbital, indometacina y vadosilan. Las dosis de los medicamentos fueron:

- Fenobarbital 320 mg. im stat y luego 50 mgs. po tid.
- Indometacina 50 mgs. po stat y luego 25 mgs. po c/6 hrs.
- Vadosilan 4 ampollas en 500 c.c. de Dextrosa al 5%.

Únicamente se presentó un parto distósico simple en una de las pacientes que presentaron cuadro de parto prematuro. En esta paciente se efectuó cesárea segmentaria transperitoneal por 2 cesáreas anteriores más trabajo de parto prematuro. El recién nacido peso 3 lbs. muriendo a las 18 hrs. por premadurez en peso y tiempo de gestación.

Las tres pacientes con amenaza de parto prematuro tuvieron partos eutóxicos simples con pesos de 4 lbs. y 5 lbs.

El cuadro de parto prematuro se presentó en 3 oportunidades antes de su parto, en 2 pacientes habiendo sido hospitalizadas en esas 3 amenazas de parto prematuro con la terapéutica antes mencionadas. El puerperio hospitalario fue normal en 3 pacientes y los m. únicamente presentaron ictericia fisiológica egresando OK. del hospital.

La única paciente que tuvo parto distósico tuvo un puerperio complicado con infección urinaria.

## CONCLUSIONES

- 1) La incidencia de la amenaza de aborto en pacientes que consultan a la emergencia del hospital Roosevelt y que quedan hospitalizadas para su tratamiento médico es baja (2.17%) en relación al número total de pacientes que ingresan al tercer piso post-parto durante un año.
- 2) El cuadro clínico de la amenaza de aborto se presenta principalmente en las madres primigestas.
- 3) El dolor abdominal acompañado de hemorragia vaginal en las pacientes obstétricas durante el primer trimestre de embarazo es el principal motivo de consulta en las pacientes con amenaza de aborto.
- 4) Existe un porcentaje mínimo de pacientes que no manifiestan el "típico", cuadro semiológico de la amenaza de aborto que incluye principalmente la hemorragia vaginal y el dolor abdominal como síntomas clásicos y presuntivos de la amenaza de aborto. Este porcentaje mínimo de pacientes por el contrario, ha manifestado hemorragia vaginal sin dolor abdominal, y/o únicamente dolor abdominal sin hemorragia vaginal.
- 5) Clínicamente el diagnóstico definitivo de amenaza de aborto se efectuó en base al tacto vaginal.
- 6) Existen una incidencia bastante elevada de pacientes que presentaron infección urinaria como la patología que se presentó con mayor frecuencia asociada a la amenaza de aborto.
- 7) Los procedimientos terapéuticos utilizados en todas las pacientes con amenazas de aborto fundamentalmente fueron: el reposo, absoluto y la utilización de medicamentos barbitúricos de acción prolongada (más de 6 hrs.) como el fenobarbital sódico.

- 8) La utilización de el fenobarbital en combinación con medicamentos analgésicos antipiréticos y anti-inflamatorios no esteroideos como la Indometacina fue baja para los pacientes con amenaza de aborto.
- 9) La evolución clínica de la mitad de las pacientes estudiadas (50%) con amenaza de aborto evoluciono hacia el cuadro de aborto incompleto.
- 10) Existe un porcentaje alto de pacientes (31%), que egresaron asintomáticas del hospital Roosevelt, pero por no existir seguimiento médico de las mismas se desconoce la evolución final del cuadro de amenaza de aborto por el cual fueron ingresadas.
- 11) Unicamente un porcentaje muy bajo de pacientes con Dx. de amenaza de aborto finaliza con su embarazo a término y tuvieron su parto (16% del número total de pacientes con diagnóstico de Amenaza de Aborto).
- 12) Dentro de las pacientes con Amenaza de Aborto, cuyo cuadro clínico evoluciono hasta el de aborto incompleto, según la edad de embarazo, el tipo de aborto que con más frecuencia se presentó fue el aborto incompleto embrionario no séptico.
- 13) El tipo de parto que se presento con más frecuencia dentro del reducido número de pacientes, fue el parto eutósico simple.
- 14) La amenaza de parto prematuro en las pacientes que fueron diagnosticadas como pacientes con amenaza de aborto se presento en un porcentaje mínimo (2,48% de la totalidad de pacientes que ingresaron por amenaza de Ab).

- 15) En el presente estudio, realizado acerca de las pacientes que ingresaron en el año de 1978, al 1er. piso post-parto con diagnostico de amenaza de aborto y tuvieron como --tratamiento reposo absoluto más fenobarbital se evidencio que el mismo tratamiento anteriormente mencionado es y/o resultado ineficaz en la presente investigación debido al gran porcentaje de pacientes (50%) que abortaron a pesar de tener tx. médico intra-hospitalario.

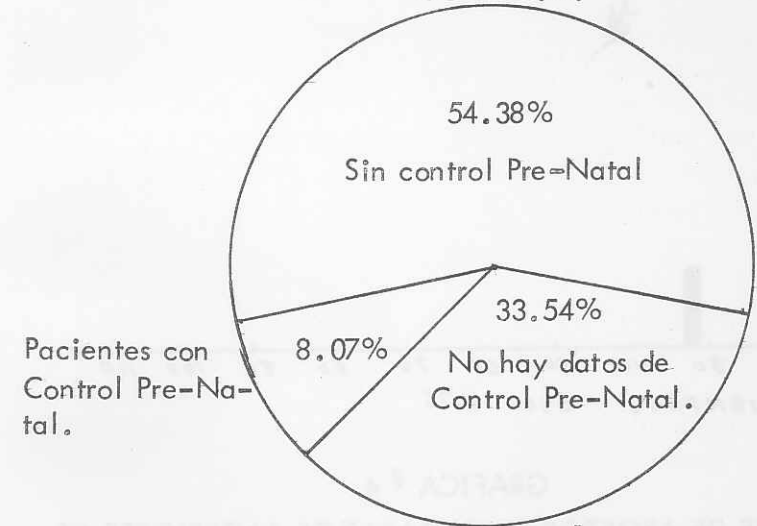


### RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda la planificación de trabajos de investigación con el propósito de estudiar con más detenimiento la utilidad del uso del fenobarbital para beneficio real de las pacientes con problemas de amenaza de aborto.
- 2) La utilización de otro medicamento (analgésicos anti-piréticos y anti-inflamatorios no esteróides) como la Indometacina conjuntamente con el fenobarbital para tener parámetros de comparación en cuanto a la mayor eficacia en el tratamiento de la amenaza de aborto; esta comparación se efectuara con las pacientes que únicamente han recibido fenobarbital como medicamento de elección para la amenaza de aborto.
- 3) Debe implementarse como medida rutinaria, dentro de los exámenes de laboratorios la obtención de una muestra de orina cateterizada para su análisis, debido a la alta incidencia de infecciones urinarias en las pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto.
- 4) Debera existir una relación médico-paciente bastante estrecha para motivar más y concientizar a las pacientes con amenaza de aborto para que al egresar asintomáticas continúen con controles médicos periódicos y así tener un seguimiento médico de los casos de pacientes con amenaza de aborto, conociendo de una forma mucho más real la evolución clínica final de las pacientes que ingresan al hospital con diagnóstico de amenaza de aborto.

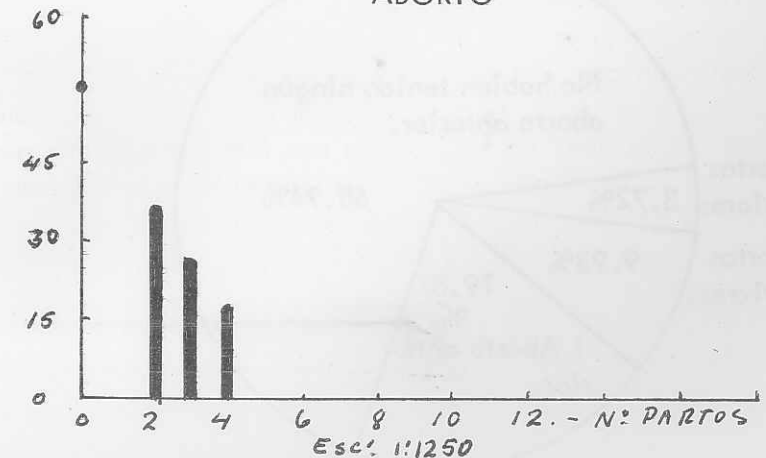
### GRAFICA # 1

PORCENTAJE DE CONTROL PRE-NATAL OBSERVADO POR PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON A.A.



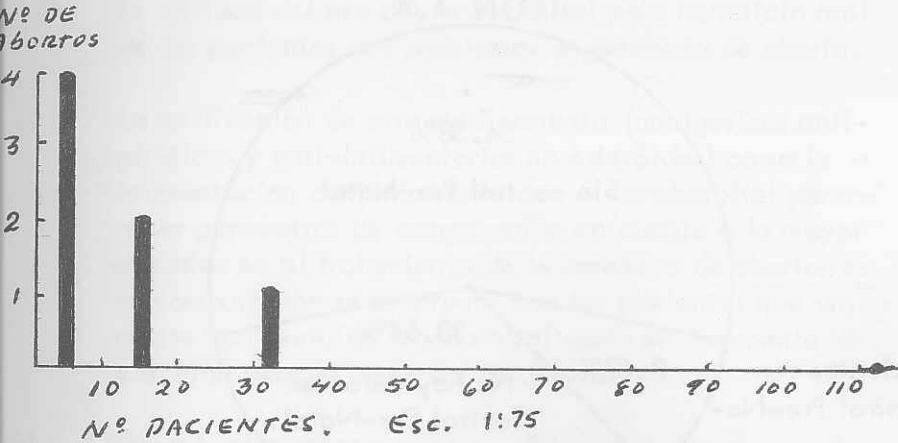
### GRAFICA # 2

No. DE PARTOS ANTERIORES DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO AMENAZA DE ABORTO



GRAFICA # 3

No. DE ABORTOS EN EMBARAZOS ANTERIORES DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON AMENAZA DE ABORTO.



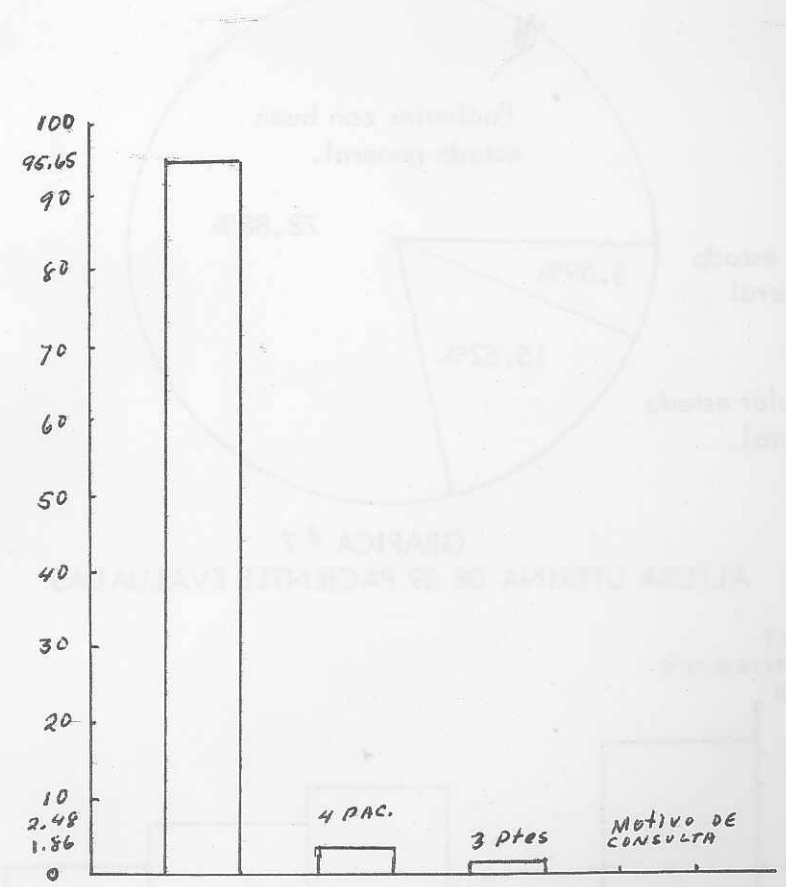
GRAFICA # 4

PORCENTAJE DE ABORTOS EN EMBARAZOS ANTERIORES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON AMENAZA DE ABORTO



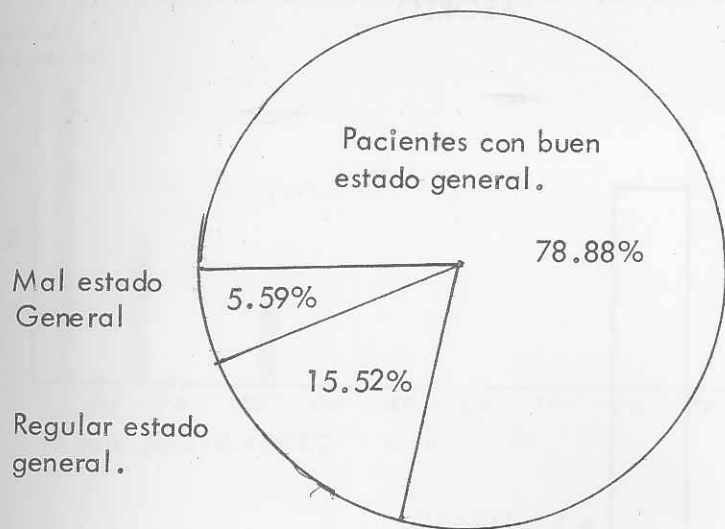
GRAFICA # 5

PORCENTAJE DE EL MOTIVO DE CONSULTA MAS FRECUENTE EN 161 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE ABORTO



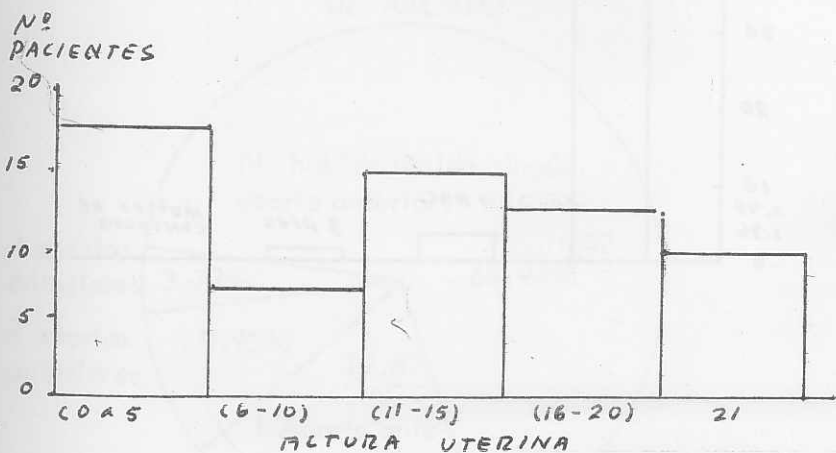
GRAFICA # 6

ESTADO GENERAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE ABORTO DURANTE EVALUACION INICIAL



GRAFICA # 7

ALTURA UTERINA DE 59 PACIENTES EVALUADAS



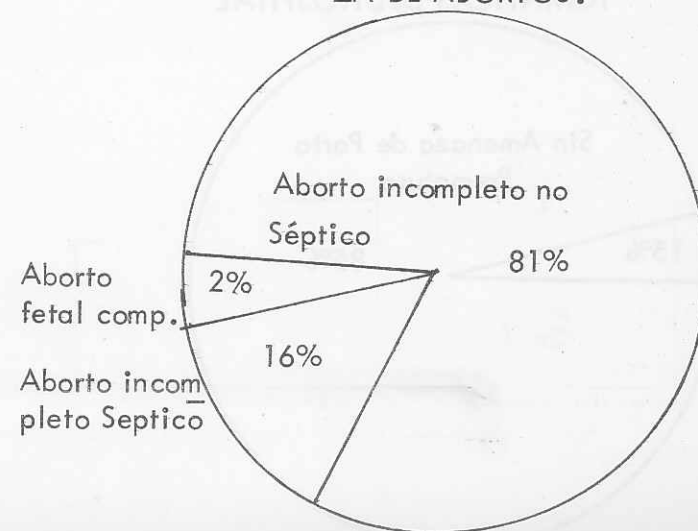
GRAFICA # 8

EVOLUCION CLINICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE ABORTO



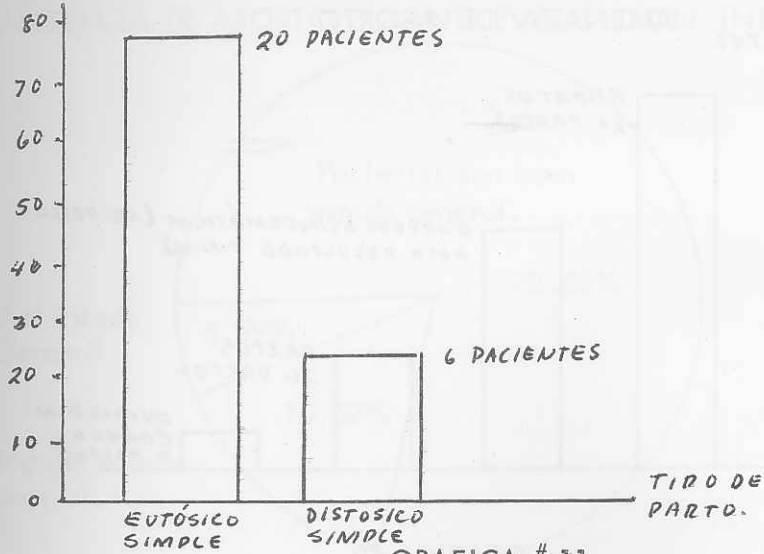
GRAFICA #9

PORCENTAJE DE LAS DISTINTAS FORMAS CLINICAS DE ABORTO PRESENTADAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON AMENAZA DE ABORTOS.



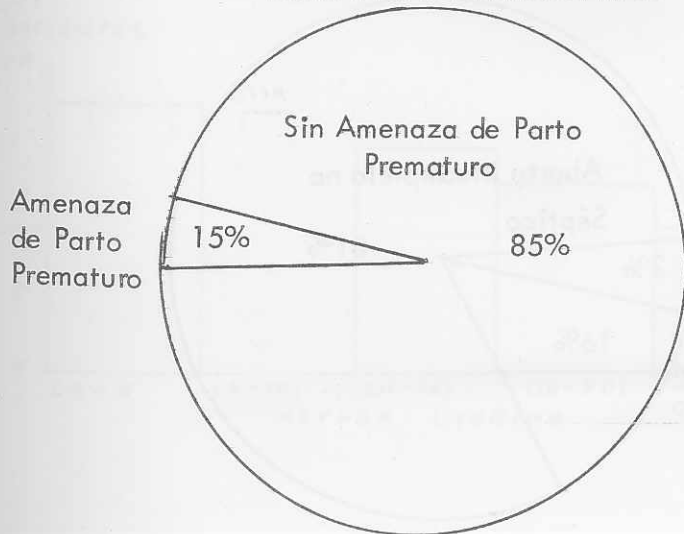
GRAFICA # 10

PORCENTAJE DEL TIPO DE PARTO PRESENTADO EN 26 PACIENTES QUE EGRESARON ASINTOMATICAS DEL HOSPITAL



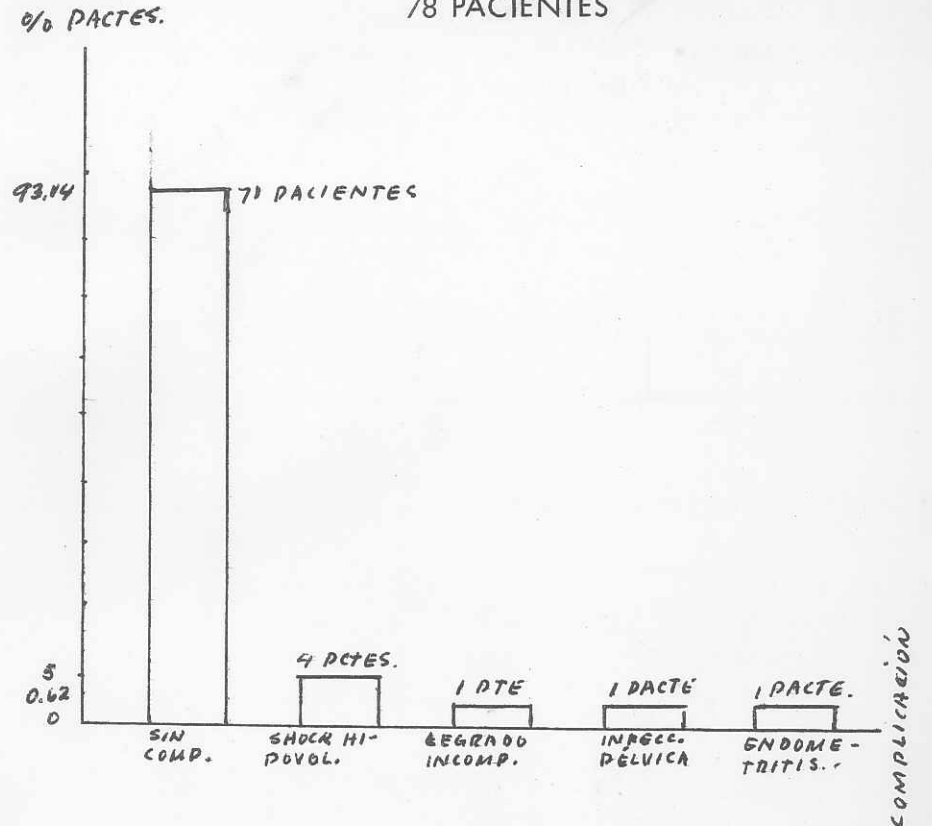
GRAFICA # 11

PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PARTO PREMATURO EN 26 PACIENTES QUE EGRESARON ASINTOMATICAS DEL HOSPITAL



GRAFICA # 12

PORCENTAJE DEL TIPO DE COMPLICACIONES QUE SE OBSERVARON EN EL LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL EN 78 PACIENTES





- 10.- Dr. Aldana Alonzo, Raúl Antonio. Legislación racial del aborto en Guatemala. Tesis de la facultad de Ciencias - Médicas de la Universidad de San Carlos 1967 29 páginas.
- 11.- Dr. Vettorazzi Toledo, César Augusto. La evacuación uterina en el aborto frustrado y óbito fetal por la inyección - intra-ovular de solución salina hipertónica. Tesis de la - facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. 1967 31 páginas.
- 12.- Dra. Velasquez B. de Zimeri, Thelma. Incidencia del aborto en Guatemala revisión de 200 casos. Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. 19 - páginas 1970.
- 13.- Dr. Zenteno Luarca, Marco Antonio. Tratamiento de la - Amenaza de Aborto con una substancia beta-adrenergica. Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. 1970 24 páginas.
- 14.- Dra. Salazar, Ana María Consuelo. Aborto Habitual (16 - casos) Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. 1973 24 páginas.
- 15.- Dr. Cosenza Chacón, Gustavo Enrique. 13 meses de Aborto séptico en el hospital General San Juan de Dios. Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos. 1973 57 páginas.
- 16.- Dr. Jérez Luarca, José Alberto. Aborto frustrado, diagnóstico por ultrasonidos, otras consideraciones. Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos 1973, 41 páginas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Edmund, R. Novak., Georgeanna Seegar Jones, Howard W. Jones., 9a. edición. Traducido al español por Dra. Alejandra Teran.
- 2.- Schwarcz Sala Duverges. Obstetrica. Libreria El Ateneo Editorial 3a. edición.
- 3.- Williams. Obstetricia. Salvat Editores S. A. 4a. -- re-impresión 1976.
- 4.- M. Litter. Compendio de farmacología. Libreria El Ateneo 10 re-impresión.
- 5.- Dr. Edgar Ramiro Paiz Alvarado. Micro-dosis 2da. edición 1979.
- 6.- Dr. Lazo, Francisco. Aborto. Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala 1889-1893 27 páginas.
- 7.- Dr. Lémus Alarcón, Alberto. Contribución al estudio y tratamiento del aborto simple y complicado. Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos 1923 40 páginas.
- 8.- Dr. Alonzo Pedro. Consideraciones sobre el aborto - provocado. Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1927 41 páginas.
- 9.- Dr. Chang Lau, Rafael. Incidencia del aborto de el hospital General. Tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala 1962 59 páginas.

Br. *L. Morales A.*  
 Br. Luis Eduardo Morales Alvarado.

*Carlos Alvarado*  
 Carlos Enrique Miron.  
 Asesor

Dr. *C. Antón*  
 Revisor.  
 Dr. Carlos Antonio Wug

*[Signature]*  
 Director de Fase III

*[Signature]*  
 Secretario  
 Dr. Raúl A. Castillo R.

Dr. *[Signature]*  
 Decano.  
 Dr. Rolando Castillo Montalvo