

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

64

FACULTAD DE MEDICINA

3ej-

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

THE AMERICAN BRITISH COWDRAY HOSPITAL

EPIDEMIOLOGIA DEL ABORTO EN EL HOSPITAL A.B.C.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. LAURA MARGARITA LIMON LUQUE

ASESOR: GRAL. BRIG. DR. JOSE ANTONIO RUIZ MORENO



MEXICO, D. F.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

1982



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- ANTECEDENTES.....	3
3.- MATERIAL Y METODOS.....	27
4.- RESULTADOS.....	29
5.- DISCUSION.....	35
6.- CONCLUSION.....	38
7.- BIBLIOGRAFIA.....	39

I N T R O D U C C I O N

El aborto espontáneo es la complicación más común del embarazo, y afecta aproximadamente a una de cada cuatro mujeres que se embarazan. Cuando la paciente ha tenido recientemente un aborto, sin embargo es difícil darle información acerca de la posible recurrencia, porque en la mayoría de las veces la causa es desconocida. En la práctica usualmente se asume que la causa es no recurrente y la paciente generalmente es tranquilizada, por la posibilidad de que su próximo embarazo continúe con éxito, es mayor que la posibilidad de otro aborto. (1)

La pérdida gestacional o aborto representa un fracaso en la reproducción. Que es un asunto de considerable importancia para la pareja involucrada. Esto podría ser aún mayor si el embarazo fué cuidadosamente planeado y aún postpuesto por algún tiempo. Por lo tanto con consecuencias agravantes de la pérdida gestacional. La preocupación general que rodea al éxito reproductivo ha acelerado la investigación en la prevención y tratamiento de esta falla reproductiva que incluye a el aborto.

Al reconocer el riesgo de aborto en las diferentes etapas del embarazo y qué influye en este riesgo; es un pre re-

quisito para el orientador de la mujer embarazada. Es importante prevenir el aborto orientando adecuadamente a la mujer que desea embarazarse, al realizar un diagnóstico temprano y detectando a la paciente de alto riesgo.

Hay un acuerdo general en que la frecuencia del aborto espontáneo diagnosticado desde el punto de vista clínico en la población general es casi de 15%. (2) Pero la probabilidad de un segundo o tercer aborto es una cifra controvertida. Poland y Cols. (3) concluyeron que existe un riesgo de 22% de tener un aborto subsecuente en mujeres que sufrieron uno espontáneo y que después de 3 abortos consecutivos, el riesgo de un subsecuente puede elevarse hasta 47% (4) Por lo tanto; en estas parejas se pudo demostrar que el índice de abortos aumenta y la frecuencia de infertilidad es elevada pero no así los defectos congénitos.

A N T E C E D E N T E S

Aborto es la expulsión del producto de la gestación durante las primeras 20 semanas de embarazo. El feto pesa 499-gr. o menos y no tiene denominación después del nacimiento; se le denomina producto de aborto. (5)

Según la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; Aborto es la terminación del embarazo antes de la semana 28 de la gestación. (1)

La frontera que separa el aborto del parto inmaduro; comprende del fin de la semana 20 a la 27. Sin embargo a pesar de esta definición, la tradición reporta un riesgo de terminación del embarazo antes de que termine la semana 27a de gestación; que equivale al riesgo de presentar aborto espontáneo. Existen tres períodos de riesgo para la muerte fetal; antes de la semana 21, antes de la semana 28, y antes de completar la gestación. La simple estimación acumulada se basa en la observación de los resultados gestacionales (nacido vivo, aborto espontáneo, aborto inducido, e inmaduro). (1)

FRECUENCIA:

La magnitud de pérdidas fetales en la especie humana es considerable; se acerca a las tres cuartas partes de óvu-

los fecundados; (7-9) y al 15% de embarazos reconocidos clínicamente. (10) Existe un riesgo de 22% de tener un aborto subsecuente en mujeres que sufrieron uno espontáneo, (11) y que después de tres abortos consecutivos, el riesgo de uno subsecuente puede elevarse hasta el 47%. (3)

ETIOLOGIA:

Según la etiología del aborto, puede ser espontáneo o inducido.

El aborto espontáneo; es aquel en que no interviene ningún factor intencional de interferencia.

El aborto provocado o inducido, es aquel en que se interrumpe intencionalmente el embarazo. (12)

Las causas pueden ser; ovulares, maternas o paternas.

CAUSAS OVULARES: Son las más frecuentes (60% de todos los abortos). Están constituidas por alteraciones patológicas del huevo, incompatibles con la vida.

CAUSAS PATERNAS: Unicamente el 2% de los abortos se debe a causas atribuibles al padre, como: a) alteraciones en su forma cromosómica, y b) existencia de genes letales que

no modifican el cariotipo.

CAUSAS MATERNAS: El 35% de los abortos se deben a causas locales y generales de origen materno. (2,12)

ANATOMICAS = 6-12%

- 1.- Incompetencia de cervix.
- 2.- Anormalidad en la placentación.
- 3.- Anormalidades uterinas congénitas.
- 4.- Leiomioma.
- 5.- Sinequias uterinas.

HORMONALES 25-50%

- 1.- Deficiencia lútea
- 2.- Enfermedad tiroidea.
- 3.- Hiperandrogenismo.

ALTERACIONES GENETICAS (10%):

- 1.- Repetitivas
 - a).- No disyunción
 - b).- ¿Factor masculino?
- 2.- Portador cromosómico equilibrado, varón o mujer -- (3-6%).

INFECCIONES:

- 1.- Micoplasmas
- 2.- ¿Chlamidia?
- 3.- ¿Herpes?
- 4.- Toxoplasmosis.
- 5.- Listeria.
- 6.- Sífilis.

OTRAS:

- 1.- ALH inmunológico
- 2.- Sustancias tóxicas (nicotina, gases anestésicos).
- 3.- Sistémicas:
 - a.- Nefropatía crónica.
 - b.- Cardiopatía crónica.
 - c.- L.E.S.
- 4.- Psicológicas.

Aborto provocado: la frecuencia del aborto provocado o inducido es prácticamente imposible de obtener, ya que muchas pacientes niegan este hecho. Se calcula entre el 30 y 35% del total de embarazos, ya que algunas pacientes lo utilizan como método anticonceptivo. El aborto inducido continúa siendo un tema de controversia por las numerosas implicaciones éticas, morales, legales y sociales; es sin duda un problema humano que el médico tiene que atender cada vez con mayor frecuencia. (1,12)

CATEGORIAS CLINICAS:

El aborto espontáneo puede agruparse en tres categorías; el aborto de una sospecha de embarazo, el de un embarazo subclínico, y el aborto de un embarazo clínico.

Embarazo subclínico; si es identificado por una prueba de embarazo sin que la mujer lo sepa. Embarazo clínico; si es identificado por signos y síntomas subjetivos de embarazo, y confirmado por una prueba de embarazo. A cada categoría corresponde un riesgo condicional definido.

FORMAS CLINICAS:

Es importante diferenciar los aspectos clínicos del aborto espontáneo en sus diferentes formas clínicas. Amenaza de aborto, aborto en evolución, a. inminente, a. incompleto, a. completo, a. diferido, a. séptico, a. molar, a. habitual. Las diferentes formas clínicas de aborto se definen a continuación. (5,12)

AMENAZA DE ABORTO:

Presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina. Sin modificaciones cervicales.

ABORTO EN EVOLUCION:

Es el que se caracteriza por la presencia de hemorragia genital persistente, actividad uterina reconocible clínicamente y modificaciones cervicales (borramiento y/o dilatación) incompatibles con la continuidad de la gestación.

ABORTO INEVITABLE:

Variedad que hace imposible la continuación de la gestación, generalmente por la existencia de hemorragia genital intensa o ruptura de membranas aún sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible.

ABORTO INMINENTE:

Algunos autores lo agrupan dentro del aborto en evolución. Es en donde las modificaciones cervicales son tan importantes que permiten la protrusión parcial del contenido uterino. Las membranas pueden estar rotas o íntegras.

ABORTO INCOMPLETO:

Cuando ha ocurrido la expulsión de una parte del huevo y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina.

ABORTO COMPLETO:

Aquel en el que la expulsión del huevo ha sido total.

ABORTO DIFERIDO:

Se presenta cuando habiendo ocurrido la muerte del

producto de la concepción no se expulsa en forma espontánea. Esta entidad presupone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnóstico. Generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto.

ABORTO SEPTICO:

Cualquiera de las variedades anteriores a las que se agrega infección intrauterina.

ABORTO MOLAR:

Cuando el contenido uterino consiste en una mola hidatidiforme y se expulsan vesículas trofoblásticas.

ABORTO HABITUAL:

Pérdida repetida y espontánea del embarazo en tres o más ocasiones consecutivas.

FACTORES DE RIESGO:

Reconocer los factores de riesgo de aborto espontáneo en las diferentes etapas del embarazo y qué influye en este riesgo, es un pre requisito para orientar a la mujer embarazada. Sin embargo en la práctica el estimar el riesgo del --

aborto espontáneo encara algunos problemas.

Algunos abortos presentados como abortados espontáneamente; no son embarazos reales. Ejemplo; irregularidades menstruales, pruebas de embarazo falsas positivas, signos clínicos de falsos embarazos, y enfermedad trofoblástica. No todas las mujeres consultan al médico inmediatamente después de darse cuenta que estan embarazadas, de modo que algunos abortos espontáneos ocurren antes de la primera visita prenatal y nunca son registrados.

Algunos embarazos se terminan deliberadamente, ya que el huevo no es viable (aborto diferido, embarazo ectópico, - embarazo anembriónico), o porque la mujer lo desea.

FACTORES DE RIESGO:

- 1.- Edad materna.
- 2.- Edad gestacional.
- 3.- Paridad.
- 4.- Tabaquismo.
- 5.- Ocupación materna.
- 6.- Uso del D.I.U. con retiro reciente.
- 7.- Uso de C. de clomifeno como inductor de ovulación en los programas de reproducción asistida. (1,9, - 24,27,29,30.)

EDAD MATERNA Y RIESGO DE RECURRENCIA:

Estudios de aborto espontáneo por edad, muestran un aumento en el riesgo en relación a la edad materna, con un riesgo mínimo entre las edades 20 a 24 años, y un aumento sustancial en el riesgo después de los 25 años de edad. Para aquellas menores de 20 años, un ligero aumento en riesgo. Es verdad que el riesgo individual de la mujer, aumenta a medida que envejece y es el resultado de un proceso individual indirecto, sin embargo real; ésto aumenta el riesgo de aborto en el siguiente embarazo, como se propone en la hipótesis del tejido trofoblástico residual. (1,20)

CLARKE ET AL. propusieron que el material residual dentro del útero después de un aborto espontáneo, puede afectar el siguiente embarazo. (1,21) Ellos postularon que las células de tejido trofoblástico que yacen en el útero, influyen en el resultado de los embarazos subsecuentes, como espina bífida y anencefalia; fué más común en pacientes en quienes el último embarazo terminó en aborto. Como se comparó en estudios controlados en quienes el resultado fué un bebé normal. (9,21,22)

En un estudio reciente en donde se tomó en cuenta la paridad así como la edad materna y el riesgo recurrente; se demostró un riesgo aumentado en relación a la edad materna,

siendo del doble en mujeres mayores de 40 años de edad, comparado con mujeres más jóvenes. La proporción de riesgo en los grupos de edad por quinquenios, los de menor y mayor edad, tienen un rango de 1.5 a 2.0 de riesgo. (22)

RIESGO DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL:

En estudios realizados por OBLE, ABRAMSON, SHAPIRO ET-AL. Se llegó a una conclusión, que la edad gestacional con mayor riesgo corresponde a las 11 semanas de gestación, ésto si el embarazo es agrupado por semanas. (1)

RIESGO DE ACUERDO A LA PARIDAD:

El riesgo de aborto en relación a la historia obstétrica (paridad, antecedente de abortos previos, sobre todo si el último embarazo terminó en aborto, pacientes subfértiles con uso de C. de Clomifeno.), es importante como lo demostraron FTZSIMMONS Y COLS. Ellos estudiaron la capacidad reproductora futura de parejas con abortos repetidos; aquellas con abortos consecutivos, tuvieron un índice de abortos subsecuentes de 31.1%, pero 68.5% tuvo cuando menos un hijo nacido vivo. Por lo tanto; en estas parejas el índice de abortos aumenta y la frecuencia de infertilidad es elevada, pero no así los defectos congénitos. Las primigestas con embarazos exitosos hasta llegar a término, tienen baja incidencia-

de abortos. Es el resultado del último embarazo el que determina el factor predictivo para aborto espontáneo. De este modo se debe ser cuidadoso al usar la paridad como factor de riesgo; ya que se puede llegar a conclusiones erróneas. Se ha establecido la incidencia de aborto que tienen las primigestas que han sido sometidas exclusivamente a programas de reproducción asistida, en donde la incidencia de abortos espontáneos fluctúa entre 12% al 45%. La frecuencia de aborto en las pacientes tratadas con C. de Clomifeno fué mayor del doble. Los experimentos sugieren estimulación insuficiente de la FSH., descarga cuantitativa escasa de LH, Foliculogénesis defectuosa a nivel ovárico y efecto antiestrogénico endometrial directo, como mecanismos potenciales de la insuficiencia de la fase lútea inducida por el C. de Clomifeno. (2,9,19). El mecanismo por el que el pasado obstétrico podría influir en los siguientes embarazos, no está claro. Sin embargo se podría postular que el éxito gestacional "no ejerce efecto protector"; más bien que aquellas pacientes que abortan espontáneamente, lo hacen porque existe un factor que hace que las pérdidas gestacionales continúen. Existen varias hipótesis; una de ellas postula que existe un tipo de mecanismo con un "factor ausente"; que bloquea los anticuerpos que pueden inhibir la reacción linfocitaria. (9)

RIESGO Y EXPOSICION AL HUMO DEL TABACO:

El humo del tabaco contiene muchas sustancias tóxicas-

y mutagénicas. Estudios epidemiológicos han demostrado que el tabaquismo durante el embarazo es peligroso para el feto. El efecto mayormente conocido es el retraso del crecimiento intrauterino, pero el tabaquismo intenso probablemente también aumenta el riesgo de aborto espontáneo, muerte perinatal, y parto pretérmino. ¿De qué modo la exposición pasiva a el humo del tabaco puede ser peligrosa a el feto?. Se ha demostrado asociación entre el tabaquismo del padre y muerte perinatal y neonatal, así como bajo peso al nacer. HADWORTH et AL. midieron los niveles séricos de nicotina en 1231 embarazadas no fumadoras y encontraron 107 gr. menos en el peso al nacer de los bebés clasificados como expuestos pasivamente al humo del tabaco. (1.0 - 9.9 ng de cotinine/ml.) Esto marca la diferencia entre las expuestas y las no expuestas. Esa exposición pasiva podría tener efecto pronunciado en el peso al nacer y ha sido declarado "biológicamente implausible". En las embarazadas que tuvieron exposición pasiva en el lugar de trabajo fue más claramente asociado con pérdidas gestacionales del primer trimestre. Mientras que las fumadoras activas aumentaron el riesgo de muerte intrauterina después de la 12a. semana de gestación. Se demostró un riesgo de 1.45% entre las embarazadas fumadoras que pasaban la mayor parte del tiempo en cuartos encerrados en donde otras personas estaban fumando. La mujer que vive con un fumador intenso podría recibir mayor dosis acumulativa que la mayoría de las mujeres con exposición solamente en el lugar-

de trabajo.

Sustancias potencialmente tóxicas pasan a través de la placenta al feto. Con posible efecto fetotóxico pasivo. De esta manera se concluye que la exposición activa o pasiva a el humo del tabaco, realmente aumenta el riesgo de falla reproductiva, especialmente pérdida fetal temprana. (24,25)-

En animales se ha demostrado un efecto deletéreo de la nicotina en el proceso de decidualización en la rata. Disminuyendo la perfusión placentaria en respuesta a el tabaco. Se ha demostrado la importancia de un riesgo uterino satisfactorio en el proceso de implantación y en el desarrollo fetal temprano. De este modo se puede explicar la posible causa de aborto en las fumadoras. (26)

RIESGO Y FACTOR OCUPACIONAL:

El trabajo altamente estresante durante el embarazo, ha sido reportado como causa de resultados adversos; siendo difícil separar los efectos del trabajo del estado socioeconómico. Klebanoff y Cols. mencionan las causas de riesgo en el factor ocupacional; como la fatiga, estrés, horas de trabajo estando de pié, horas de trabajo en la noche con privación del sueño. A estas pacientes se les debería recomendar y proporcionar en sus trabajos, períodos preventivos de des-

canso; ya que el factor fatiga las coloca dentro de un grupo de alto riesgo. (28)

RIESGO Y FACTOR PSICOLOGICO:

Es una revisión de los factores de la personalidad asociados con el aborto habitual, Tupper y Weil diferenciaron dos tipos fundamentales: la mujer básicamente inmadura y la mujer aislada y frustrada. Sus resultados sugieren que la terapia de apoyo presenta una eficacia similar a la de otra cualquiera en lo que respecta a la prevención de abortos posteriores. Además, la contribución que la supervisión médica-periconceptual y "los cuidados tiernos y amorosos" podrían jugar un papel en la reducción de la frecuencia de aborto espontáneo entre primigestas, y en particular las pacientes tratadas por infertilidad; son muy difíciles de evaluar objetivamente. En un estudio de seguimiento Noruego de abortadoras recurrentes, se encontró que el resultado de éxitos gestacionales subsecuentes fué de 36% de las mujeres que recibieron orientación especializada antenatal y soporte psicológico; comparado con el índice de éxitos de sólo 33% en mujeres a quienes no se les dió cuidado específico. (6,9)

DIAGNOSTICO:

Para diagnosticar el aborto; es importante tener en

mente las distintas formas clínicas del aborto. Y sobre todo confirmarlo tanto por medio de laboratorio (determinación de H.C.G. o H.C.G. sub unidad beta.), ultrasonido y examen físico para buscar los signos sugestivos de embarazo.

AUXILIARES EN EL DIAGNOSTICO:

Laboratorio .- perfil hormonal.

1.- Determinación de H.C.G. en forma cualitativa o cuantitativa, que indica directamente la actividad del trofoblasto e indirectamente la actividad del estado fetal. Valores normales; 8,000 a 12,000 U.I./litro.

2.- Determinación de H.C.G. sub unidad beta: la hormona es detectable desde 8 a 10 días del embarazo. Valores normales: 1,000 a 3,500 U.I.

Es importante señalar que la muerte del producto generalmente no coincide con la actividad trofoblástica, pero lo que aún en presencia de gonadotropina coriónica positiva, su diagnóstico debe basarse en datos clínicos y/o de ultrasonido. (5,30,31)

3.- Duplicación de la sub unidad beta de H.C.G.- Que normalmente debe aumentar en el embarazo tempranamente; con un tiempo de duplicación cada 48 horas aproximada-

mente hasta la semana 6 o 7 del embarazo. (30,31).

- 4.- Titulación de progesterona: útil para la monitorización de la amenaza de aborto. Es una herramienta útil para ayudar a excluir el embarazo ectópico insospechado. Esto en combinación con la duplicación de la subunidad beta de H.C.G. (31,32)

VALORES NORMALES: MAYOR DE 25 ng/ml = buen pronóstico.

MENOR DE 5 ng /ml = mal pronóstico.

Gabinete; para evaluar en forma temprana el embarazo, se recomienda el ultrasonido transvaginal; especialmente cuando el embarazo está complicado con sangrado. El ultrasonido transvaginal, actualmente puede usarse para detectar actividad cardíaca 6 semanas después del último período menstrual (4 semanas después de la concepción). También es útil para verificar el sitio de implantación del huevo. Con una sensibilidad pronóstica del 95%. (5,31)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- 1.- Amenorrea.
- 2.- Síntomas de embarazo.

- 3.- Sangrado; escaso, intermitente al principio, indoloro; posteriormente con coágulos y acompañado de dolor.
- 4.- Dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogástrico; en ocasiones irradiado a región sacrolumbar.
- 5.- Salida del líquido por vagina: Ocurre en casos de -- aborto inevitable, en embarazos de 15 a 20 semanas.
- 6.- Modificaciones cervicales: el cérvix se encuentra formado y cerrado en casos de amenaza de aborto, y semi - borrado, borrado y dilatado en los abortos en evolu - ción e incompletos.
- 7.- Secreción hematopurulenta fétida transvaginal; en a. - séptico.
- 8.- Expulsión de vesículas: en casos de aborto de embarazo molar. (6,12)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial en la paciente con embarazo temprano y que presenta sangrado transvaginal. Debe excluirse: (12 - 31)

- 1.- Amenaza de aborto
- 2.- Aborto diferido
- 3.- Aborto incompleto y completo
- 4.- Aborto séptico
- 5.- Mola hidatidiforme
- 6.- Trauma
- 7.- Sangrado uterino disfuncional
- 8.- Miomatosis uterina
- 9.- Pólipos endocervicales
- 10.- Carcinoma cervicouterinoi
- 11.- Ectropi6n sangrante.

Sin embargo para aclarar las dudas en el diagn6stico, -
es 6til el empleo de las pruebas de laboratorio y gabinete -
antes mencionadas.

TRATAMIENTO:

Debe orientarse espec6ficamente hacia el tipo de abor-
to en cuesti6n.

Medidas generales:

- Biometria hemática, grupo y Rh., pruebas cruzadas
- Hidrataci6n adecuada y transfusi6n en caso necesario
- Valoraci6n anestésica

- Anestesia general o bloqueo peridural
- Aplicación de antibióticos en caso necesario previo al legrado. (12)

Tratamiento y aborto en cuestión.

- Amenaza de aborto
- Reposo en cama, sedantes leves para disminuir la irritabilidad uterina y limitar el sangrado, están contraindicados el coito y las duchas vaginales.

En caso de hospitalización; tomar los siguientes exámenes: BH. completa, grupo y Rh, glicemia, cuantificación de H.C.G. sub unidad beta de preferencia, y/o ultrasonido. Si se demuestran alteraciones endócrinas, se administrará el tratamiento hormonal correspondiente.

En caso que la hemorragia sea moderada, la contractilidad uterina exagerada, la edad de embarazo próxima a las 20 semanas y si se tiene evidencia de feto vivo, pueden utilizarse fármacos tocolíticos. (5)

Aborto inevitable, en evolución e incompleto:

- Inducir el trabajo de aborto con infusión de oxitocina 10-20 unidades en solución glucosada por vena

clisis.

- Legrado uterino complementario, ya sea por aspiración o instrumental.
- Si la paciente es RH, negativa, aplicar gamaglobulina anti D. (5)

Aborto completo o consumado:

Independientemente de la posibilidad y ante la duda, debe realizarse dilatación cervical y legrado uterino, ya -- en caso contrario, se expone a la paciente a graves riesgos: una conducta conservadora. (5)

Aborto séptico.

Esta entidad representa junto con la hemorragia, las -- complicaciones más graves del aborto y constituyen las principales causas de mortalidad.

Manifestaciones clínicas:

Síndrome febril, secreción fétida a través del cérvix, hipersensibilidad suprapúbica, dolor a la movilización del -- útero y cérvix. Signos de peritonitis generalizada, ataque -- al estado general, choque endotóxico.

Debe insistirse en el antecedente de maniobras abortivas.

Debe contarse con: pruebas de coagulación, pruebas cruzadas, hemocultivos, cultivos de secreciones uterinas, con antibiograma previo al inicio de antibioticoterapia. Tele radiografía de tórax, para descartar émbolos sépticos; radiografía de abdomen para descartar datos de peritonitis, cuerpo extraño, perforación de víscera hueca. Ultrasonido; para la detección de hematomas, abscesos, líquido libre en el hueco pélvico.

Iniciar antibioticoterapia con esquema combinado.-

Tratamiento. (aborto séptico):

Antibioticoterapia combinada a base de Penicilina Sódica Cristalina 2-3 millones i.v. c/4 horas y gentamicina 80 mg. c/8 horas i.m. o i.v. Hidrocortisona; 3 gr. i.v. como dosis inicial y repetir 1 gr. c/8 horas i.v. durante las siguientes 24 horas.

Efectuar la evacuación del útero a las 6 horas de haber iniciado el tratamiento. Valorar la erradicación del foco séptico (Histerectomía total abdominal).

Aborto habitual: Colocación de cerclaje cervical de acuerdo a la técnica que más convenga. (5)

COMPLICACIONES:

Las posibles complicaciones se dividen en dos grupos:

Inmediatas a la evacuación del contenido uterino:

- 1.- Perforación uterina.
- 2.- Hemorragia.
- 3.- Desgarro cervical.

Las soluciones salinas hipertónicas pueden ser motivo de coagulopatías de consumo con hemorragias severas, así como la aparición de efectos adversos en el sistema nervioso central. Actualmente están en desuso.

Por uso de Prostaglandinas: hipertensión taquicardia, broncoconstricción, náuseas, vómitos y diarrea, así como el desarrollo de fístulas cervicovaginales de cicatrización lenta.

Tardías: retención de restos placentarios motivo de hemorragia e infección. Tromboflebitis; un posible aumento en la incidencia de parto pretérmino en los embarazos subsiguientes; la sensibilización de la mujer RH. negativa; y un

posible aumento en la incidencia de infertilidad, especialmente en aquellas pacientes que desarrollaron infección y sínequias uterinas.

Los índices de complicaciones son entre tres o cuatro veces mayores para los abortos del segundo trimestre.

MORTALIDAD MATERNA:

Es evidente que tras abortos colectivos se han observado una grave morbilidad e incluso mortalidad materna. Sin embargo, el aborto inducido con autorización legal es un procedimiento seguro, sobre todo si se practica durante los primeros dos meses de gestación.

El riesgo de muerte materna a consecuencia de un aborto realizado mediante dilatación y evacuación en los dos primeros meses es de alrededor de 0.6- por 100,000, el riesgo relativo de muerte materna aumenta aproximadamente al doble por cada 2 semanas en que el embarazo sobrepasa la octava semana. (6)

PREVENCIÓN:

En la prevención del aborto espontáneo, es básico el diagnóstico temprano del embarazo. La mujer que nota un re-

traso menstrual, tensión mamaria, náusea, o algún otro signo de embarazo; debería hacerse una prueba de embarazo, ya sea ella misma o consultar al obstetra o ambos. El obstetra debería hacer un examen físico para buscar algún signo clínico de embarazo. El reconocer y confirmar el embarazo, es un peldaño en el proceso; y así confirmar gradualmente que la mujer tiene un embrión o feto vivo in útero. Confirmándose ya sea con una prueba de embarazo, o ultrasonido. (1)

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, -
descriptivo y observacional de revisión de casos.

De 1629 casos obstétricos, se revisaron 171 expedien -
tes clínicos; en un período de un año. (De Julio de 1990 a -
Junio de 1991.) De pacientes que fueron atendidas en el ser -
vicio de Gineco obstetricia del Hospital A.B.C. a quienes -
se les realizó legrado uterino por aborto.

OBJETIVO:

Conocer los factores epidemilógicos que predisponen -
al aborto espontáneo; diagnosticando el embarazo inicialmen -
te, captando de esta manera a las pacientes de alto riesgo -
para sufrir aborto. Previendo de este modo en forma oportu -
na el aborto espontáneo. Lográndose así un mayor número de
éxitos obstétricos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Todas las pacientes con diagnóstico clínico de aborto,
que fueron sometidas a legrado uterino instrumental.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todas las pacientes sin diagnóstico clínico de aborto.

VARIABLES ESTUDIADAS:

Edad, paridad, edad gestacional, historia de aborto --
previo, comportamiento clínico del aborto, diagnóstico fi -
nal, tratamiento y complicaciones.

RECURSOS:

- 1.- Archivo de concentrado mensual de eventos quirúrgicos y obstétricos de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital A.B.C. de Julio de 1990 a Junio de 1991.
- 2.- Recopilación de documentos de programación de eventos-quirúrgicos y obstétricos; así como concentrado mensual en archivo muerto del Hospital A.B.C.
- 3.- Archivo clínico del Hospital A.B.C., revisión de expedientes clínicos de pacientes obstétricos de la Unidad Tocoquirúrgica de Julio de 1990 a Junio de 1991.

RESULTADOS

FRECUENCIA:

Para obtener la frecuencia del aborto en el Hospital A.B.C., se correlacionó el total de eventos obstétricos durante un año; sumando un total de 1629 casos obstétricos. Con una frecuencia de 10.50% de abortos. Cuadro 1.

EVENTOS OBSTETRICOS	No. CASOS	%
PARTOS	799	40.04%
CESAREAS	659	40.46%
ABORTOS	171	10.50%
TOTAL	1629	100 %

CUADRO No. 1

EDAD MATERNA:

La edad de las pacientes se agrupó por quinquenios; el quinquenio de mayor frecuencia correspondió a el de 25 a 29 años; con un índice de 32.17%. Cuadro 2.

EDAD GESTACIONAL:

Se formaron grupos de 4 semanas de acuerdo a la edad gestacional. Con una proporción de 49.70% el de mayor frecuencia. Correspondiente a: 9 a 12 Semanas. Cuadro 3.

PARIDAD:

El grupo de multigestas fué el que mayor frecuencia mostró; con una proporción de 67.26%, en comparación con el de primigestas. Cuadro 4.

EDAD MATERNA	No. PACIENTES	%
15 a 19 años	10	5.85%
20 a 24 años	28	16.38%
25 a 29 años	55	32.17%
30 a 34 años	36	21.05%
35 a 39 años	29	16.95%
40 a 45 años	13	7.60%
TOTAL	171	100 %

CUADRO No. 2

EDAD GESTACIONAL POR		
SEMANAS	No. PACIENTES	%
4 S.D.G.	6	3.50%
5 a 8 S.D.G.	49	28.66%
9 a 12 S.D.G.	85	49.70%
13 a 16 S.D.G.	23	13.46%
17 a 20 S.D.G.	8	4.68%
TOTAL	171	100 %

CUADRO No. 3

PARIDAD	No. PACIENTES	%
PRIMIGESTAS	56	32.74%
MULTIGESTAS	115	67.26%
TOTAL	171	100 %

CUADRO No. 4

Del grupo de multigestas, 51 pacientes tenían historia de aborto previo que corresponde al 29.82%.

TIPO DE ABORTO:

En base al diagnóstico final se clasificaron las formas clínicas el aborto. El que mayor frecuencia mostró fué el aborto diferido (47.37%). De éstos 103 fueron espontáneos (60.23%) y 69 fueron recurrentes (40.35%).

FORMA CLINICA DE ABORTO	No. PACIENTES	%
A. EVOLUCION	12	7.01%
A. INEVITABLE	4	2.34%
A. INCOMPLETO	71	41.52%
A. DIFERIDO	81	47.37%
A. HABITUAL	3	1.76%
A. COMPLETO	0	0
TOTAL	171	100 %

CUADRO No. 5

TRATAMIENTO:

El manejo de estas pacientes básicamente fué quirúrgico ya que las que habían presentado amenaza de aborto fueron

manejadas en forma externa y por esta razón fueron excluidas.

Cuadro No. 6

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO No.	PACIENTES	%
* L.U.I.	130	76.02%
** L.U.A.	26	15.20%
*** I + L.U.I.	15	8.78%
TOTAL	171	100 %

CUADRO No. 6

- * INSTRUMENTAL
- ** ASPIRACION
- *** INDUCCION

COMPLICACIONES:

De 171 pacientes, 7 presentaron alguna complicación --
como:

CHOQUE HIPOVOLEMICO	1
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1
ANEMIA AGUDA	1
PERFORACION UTERINA	1

INFECCION POR RETENCION DE

RESTOS PLACENTARIOS

1

RUPTURA DE MEMBRANAS A 2 PACIENTES QUE SE LES COLOCO -
CERCLAJE, TENIENDO QUE INTERRUMPIR EL EMBARAZO.

El total arroja una frecuencia de 4.19% de complica --
ciones por aborto.

MORTALIDAD:

En ninguna de las pacientes se registró fallecimiento.

D I S C U S I O N

De acuerdo con los datos encontrados en la literatura, la frecuencia del aborto es de 15%. (2) Sin embargo en la población estudiada del Hospital A.B.C. fué de 10.50%. Un poco más baja en comparación con las estadísticas generales. Concluyo que esta disminución se debe a que esta población pertenece a un nivel socioeconómico y cultural alto. Permi- tiendo al obstetra prevenir esta complicación del embarazo - al orientar y diagnosticar oportunamente a la mujer que de - sea o ya está embarazada; al acudir ésta en forma temprana - para recibir orientación o atención pregestacional y prena - tal.

En relación a la edad materna: CLARKE, COWEN et AL. - (20) afirman; que el riesgo de aborto espontáneo es mínimo - entre las edades 20 a 24 años, mientras que existe un aumen- to sustancial después de los 25 años de edad. Y efectivamen- te se confirmó la estadística antes mencionada al encontrar- un aumento en la frecuencia de abortos espontáneos en el -- quinquenio comprendido entre los 25 a 29 años. Con una pro - porción del 32.17%. De acuerdo a la teoría de que el riesgo es del doble en las mujeres mayores de 40 años de edad. En - nuestro estudio no pudo demostrarse; ya que la población ma- yor del HOSPITAL A.B.C. corresponde a mujeres judías y és - tas inician su actividad reproductora a edad temprana.(23)

En los resultados obtenidos de acuerdo a la edad gestacional se confirmó que el grupo de mayor riesgo corresponde a las semanas 9 a 12 de gestación. Con una frecuencia del 49.70%. Según lo afirmaron SHAPIRO et AL. y ABRAHAMSON. (1)

En cuanto a la paridad; la frecuencia de aborto encontrada fué mayor en las multigestas (67.25% y de éstas 29.82% tenían historia de aborto previo. Mientras que la frecuencia en primigestas fué menor (32.75%).

FitzSimmons y Cols. (4) afirman que el factor determinante más que la paridad es el resultado del último embarazo; si éste terminó en aborto. Con un índice de recurrencia del 31.1%; y en las que tuvieron más de tres abortos consecutivos, 45.7% terminaron en aborto. Existe un riesgo del 22% de tener un aborto subsecuente en mujeres que sufrieron uno espontáneo. (1)

En relación al tipo de aborto, el que presentó un índice mayor correspondió al aborto diferido. Con una frecuencia de 47.36%; congruente con el hecho de que la causa mayor de abortos corresponde a las malformaciones o anomalías cromosómicas incompatibles con la vida, con una frecuencia del 49%; según Sheldon y Herting. (6).

Poland y Cols. encontraron una frecuencia del 60-70% de anomalías cromosómicas en los embriones abortados. (6)

En los que se les practicó cultivo cromosómico.

El tratamiento es el convencional; una vez confirmado el diagnóstico se recomienda la dilatación y legrado. En lo que se refiere a las técnicas los índices de complicación -- son más bajos en las técnicas por aspiración; seguidos, en este orden por la dilatación y legrado. (28)

Las complicaciones que se presentaron fueron en relación a frecuencia mínimas (4.09%). Deduciéndose ésto debido a las técnicas elegidas. El legrado por aspiración; es el que menos complicaciones reporta. Y le sigue la dilatación y legrado instrumental. (28)

No se registraron en ninguno de los casos muertes maternas; nuevamente se deduce que es debido a la elección de las técnicas adecuadas para su tratamiento y manejo.

C O N C L U S I O N

En el presente estudio realizado en la población obstétrica del Hospital A.B.C., se encontró una frecuencia menor de abortos, (10.50%) en comparación con la frecuencia establecida en la literatura (15%). (2) Debido a que se trata de una población con un estado socioeconómico y cultural más elevado. Esto hace que la mujer que desea embarazarse o que ya está embarazada acuda oportunamente para obtener orientación médica adecuada. Logrando pues; que el obstetra en función detecte a la paciente con factores de riesgo y -- realice un diagnóstico temprano. Y de éste modo brinde una atención pregestacional y prenatal adecuada.

Por lo tanto; resultados favorables y menos pérdidas gestacionales.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A

- 1.- JENS MODVING Y COL. "Measurement of total risk of spontaneous abortion: The virtue of conditional risk estimation".
AM. J. OF EPIDEMIOLOGY DEC. 1990; 132:6, 1028 - 38.
- 2.- JONES, WENTZ, BURNET. Capítulo 12. ABORTO RECURRENTE Y ESPONTANEO.
TRATADO DE GINECOLOGIA NOVAK. 11a. ED.
- 3.- WARBURTON D.D. FRASER FC: On the probability that a woman who has had a spontaneous abortion will abort in subsequent pregnancies.
J. OBSTET. GYNAECOL. BR. C. 68:784, 1964.
- 4.- FTZSIMMONS Y COLS. Subsequent outcome reproductive in-couples with pregnancy loss.
A.J. GENET. 16:583, 1983.
- 5.- NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - INPer. 1990, G.O. -1.
- 6.- J.A. PRITCHARD.P.C. MAC DONALD, N.E. GANT. WILLIAMS - OBSTETRICIA 3a. ED. Capítulo 24.

- 7.- MILLER JF, y cols. A fetal loss after implantation: A prospective study.
LANCET. 1980; 2:554.
- 8.- CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. 1986; 4, 1085.
- 9.- LESLEY REAGAN, PETER R. BAUDE, PAULA L. TREMBOTH: Influence of past reproductive performance on risk of spontaneous abortion. B.M.J. Vol. 299, Aug. 1989;54-41.
- 10.- POLAND Y COLS. Reproductive counseling in patients who have had spontaneous abortion. A.J. OBSTET. GYNAECOL 12:685,1977.
- 11.- JANSEN RPS: Spontaneous abortion incidence in the treatment of infertility. a.j. obstet. gynaecol. 143: 451,1982.
- 12.- OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA. 3a. ED. Héctor Mondra -- g6n Castro y Cols. 272-281.
- 13.- ROMAN E. Fetal loss rates and their relation to pregnancy order.
J. EPIDEMIOLOGY HEALTH. 1984;38:29.

- 14.- MC INTYRE, FAULK, NICHOLS, JOHNSON ET AL. Immunology - testing and immunotherapy in recurrent spontaneous -- aborti6n. OBSTET GYNECOL. 1986;67:169.
- 15.- CAROLYN B. COULAM. Methodist Center for reproduction - and transplantation immunology. Indianapolis Indiana.- CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. 1986;4:1985.
- 16.- ROBERT G. WELLO M.D. Managing miscarriage. POSTGRADUA- TE MEDICINE. L991; Feb.:189:2, 207 -12.
- 17.- CHARLIER M: Roger m. BARRANT J. MICHELON B. Mesurement of plasma human chorionic gonadotropin (HCG) and BETA-HCG. Activities in the luteal phase; Evidence of ocu - rrence of spontaneous menstrual abortion in infertil - woman. FERTIL. STERIL. 1979;31:134-7
- 18.- JANSEN RPS. Spontaneous abortion incidence in treat -- ment of infertility A.J. OBSTET GYNECOL. L982; 143:451 73.
- 19.- WAYNE S. MASSON, M.D. Vandervilt Univ. Cent. Nashville Tenn. Causas hormonales de aborto recurrente. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS 1986; 4:6,1185.

- 20.- GARDINER A. CLARKE C. COWEN J, ET AL. Spontaneous --
abortion and fetal ab normality in subsequent pregnan-
cy. B.M.J. 1978; 1:1016-18.
- 21.- CLARKE CA. HANSON D, MC. KENDRICK OM, ROGERS SC, SHE -
PERD PM. Spina bifida and anencefaly; Miscarriage as -
possible cause. B.M.J. 1975; IV:743-6.
- 22.- RISC H.A., WEIS NS, CLARKE E.A. ET AL. Risk factors -
for spontaneous abortion and its recurrence. A.J. EPI-
DEMIOL. 1988; 128:420-30.
- 23.- GUNNAR AHLBORG, JR. AND LENNART BODIN. Tabaco smoke -
exposure and pregnancy outcome among working woman. A
prospective study at prenatal care centers in Oreho -
country. Sweden. A.J. OF EPIDEMIOLOGY. 1991;133:4,338-
47.
- 24.- MARTIN TR, BRACKEN M.B. Association of low birth -
weighth with pasive smoke exposure in pregnancy. A.J. -
EPIDEMIOLOG. 1986; 124:633-42.
- 25.- REMNER H. Passivly inhaled tabaco smoke: A challenge--
to toxicology and preventive medicine. ARCH TOXICOL. -
1987;61:89-104.

- 26.- H. ANTHONY PATTINSON, M.D. PATRICK J. TAYLOR M.D., MARY H. PATTINSON, R.N. The effect of cigarette smoking on ovarian function and early pregnancy FERTIL. STERIL. 1991;55:4, April 780-3.
- 27.- D.N. DANFORTH. Tratado de Obstetricia y Ginecología, -- el control de la reproducción humana. Capítulo 14. --- p. 274.
- 28.- MARK A. KLEBANOFF, M.D. Y COLS. Outcomes of pregnancy in national sample of resident physicians. THE NEW JOURNAL OF MEDICINE. 1990; Oct. 11-1040-45.
- 29.- JENNIFER C. WILSON M.B. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: A four year study. A.J. OBSTET. GYNECOL. - 1989; Feb. 191 6.
- 30.- ROBERT WELLS. M.D. Managing miscarriage. POSTGRADUATE-MED. 1991; Feb. 1, Vol. 89;2,207-12.
- 31.- MATS HÄHLIN M.D., P.H.D. Combined use of progesterone and human chorionic gonadotropin determinations for differential diagnosis of very early pregnancy. FERTIL. STERIL. 1991; March, 55:3,492-5.