

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

26  
35

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

*Arguilles*

ESTUDIO CLINICO DE 100 PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.  
EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, S.S.



S. S. A.  
HOSPITAL DE LA MUJER  
JEFATURA DE ENSEÑANZA

DR. ROSA LUZ CASTRO BARRIOS.

FACULTAD DE MEDICINA  
 MAY 18 1992   
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE POSESIONES C.I.T.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SECRETARIA DE SALUD

MEXICO, D.F.

ABRIL 1992

TESIS IGUAL A LA ORIGINAL.



## **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

CAPITULO	I	JUSTIFICACION.
CAPITULO	II	INTRODUCCION.
CAPITULO	III	CLASIFICACION.
CAPITULO	IV	ETIOLOGIA.
CAPITULO	V	CUADRO CLINICO.
CAPITULO	VI	ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE.
CAPITULO	VII	TRATAMIENTO.
CAPITULO	VIII	COMPLICACIONES.
CAPITULO	IX	PROGNOSTICO.
CAPITULO	X	PROTOCOLO.
CAPITULO	XI	RESULTADOS.
CAPITULO	XII	DISCUSION.
CAPITULO	XIII	RESUMEN.
CAPITULO	XIV	CONCLUSIONES.

## JUSTIFICACION

El Aborto es el aborto legal, cuando uno de los involucrados, madre y padre, de ser autorizados en el país y en el extranjero, tienen plena libertad de decidir si para dar origen de la vida humana, del embarazo y de las consecuencias éticas, morales y de salud que derivan de él. Esto se debe a lo complejo que resulta el hecho, una vez tomada la decisión y realizada, hay una intervención que sólo puede ser la atención del aborto en el Hospital de día por la dificultad de contar con el personal que requiere la realización y el tipo de las causas principales, lo que dificulta el carácter preventivo y de control.

El "Hospital de la Mujer", con sus características de ser abierto, con una atención muy variada en cuanto a sus sitios de origen y sus técnicas, ofrece una experiencia desde que el control de estas cuestiones sea muy difícil ya que la gran mayoría acude por su atención a domicilio y posteriormente se trasladan a su sitio de origen. Es por ese motivo, que debemos aprovechar su estancia para efectuar estadísticas, encuestas que nos aproximen a la realidad del problema.

Otro de los problemas que se tiene en medicina, para lograr esta información, es el carácter jurídico que encierra el aborto; tanto para la madre que lo decide o para el padre, como para la persona que lo realiza, derivándose la negación del hecho y de que generalmente se realiza en lugares inadecuados, surgiendo complicaciones que las hacen acudir a los centros de atención. En ocasiones son los mismos estudiantes de medicina abortivos, quienes negándose algunas veces cuando la gravedad pone en peligro su vida, acuden a los procedimientos que nos estamos realizando.

La ideología de la mujer se ha modificado al paso de los años, de tal forma que si la madre padece con el "trauma de la maternidad" que es cuando esta ocurre a una hija que ignora de lo que se trata, tratada de que a sus hijos no les pase igual.

Actualmente se busca la información de los médicos de comunidad y los enfermeras que trabajan en unidades en centros secundarios, que es complementada convenientemente en sus casas, paralelamente a la educación de los padres.

Finalmente, como un primer paso preparatorio, caso de la realización efectiva de un estudio de esta naturaleza, se debe tener en cuenta la posibilidad de facilitar el acceso a los datos de los registros de las librerías, revistas, periódicos y otros medios de publicación, que constituyen los principales canales de difusión de la información que nos interesa.

Es importante y urgente, por lo tanto, el Poder de Información que de estos datos se pueda obtener, ya que es un gran problema para el Poder de Información, tanto a nivel de inclusión de datos, como de acceso a los mismos, ya que se trata de grupos de población y que están recibiendo una atención médica.

Datos con los cuales se puede dar origen a la idea de realizar un estudio de las pacientes que acuden al Hospital con diagnóstico de abortos.

Este estudio tiene una finalidad detectiva: las causas principales del aborto, saber si se trata de un diagnóstico de las complicaciones, o de las diferentes causas de control de la fertilidad, a que nivel socioeconómico pertenecen nuestras pacientes, qué personas dan la atención previa a su ingreso a la institución y cuál fue el diagnóstico, etc.

Una vez que se tenga la información adecuada, emitir conclusiones que nos aproximen a la realidad del aborto y las posibles alternativas de solución. Todas conclusiones estarán de acuerdo a la cantidad de datos que se tenga y a la veracidad con que las pacientes se expresen sobre el problema.

LA LEY DE 1961 Y 1962

La ley de 1961, que se refiere a la ley de 1962, establece un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, pero que no incluye un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, en relación a un embarazo que se produce en un momento que el embarazo no habrá comenzado.

La ley de 1962, que se refiere a la ley de 1961, establece un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, pero que no incluye un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, en relación a un embarazo que se produce en un momento que el embarazo no habrá comenzado.

La ley de 1963, que se refiere a la ley de 1962, establece un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, pero que no incluye un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, en relación a un embarazo que se produce en un momento que el embarazo no habrá comenzado.

La ley de 1964, que se refiere a la ley de 1963, establece un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, pero que no incluye un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, en relación a un embarazo que se produce en un momento que el embarazo no habrá comenzado.

La ley de 1965, que se refiere a la ley de 1964, establece un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, pero que no incluye un procedimiento para el aborto en caso de embarazo, en relación a un embarazo que se produce en un momento que el embarazo no habrá comenzado.

En nuestra ley, la Ley de 1961, que se refiere a la ley de 1960, data desde 1961 y no ha sido modificada. Esto me parece porque quien dio esas leyes, fueron nosotros, y que en esa época la mujer era obligada a tener un hijo, pero suponiendo que se hubiera tomado en cuenta la ley de 1961, que se refiere a la ley de 1960, hubiera permitido al momento de la ley en la actualidad. Que pensaría cada mujer embarazada o suponiendo embarazada, estando o suponiendo en situación de embarazo, de acudir al aborto. Cada una puede evaluar las posibilidades y saber si es capaz de acceder a tal procedimiento.

El problema de la familia es un problema de la sociedad, pero que la sociedad resuelve en el momento en que se presenta. O sea, cuando se presenta.

El problema de la familia es un problema de la sociedad, pero que la sociedad resuelve en el momento en que se presenta. O sea, cuando se presenta.

El problema de la familia es un problema de la sociedad, pero que la sociedad resuelve en el momento en que se presenta. O sea, cuando se presenta.

El problema de la familia es un problema de la sociedad, pero que la sociedad resuelve en el momento en que se presenta. O sea, cuando se presenta.

El problema de la familia es un problema de la sociedad, pero que la sociedad resuelve en el momento en que se presenta. O sea, cuando se presenta.

## EXPLICACION

### DEFINICION Y CLASIFICACION.

#### DEFINICION:

Aborto es la expulsión o muerte, con o sin intención del producto de la gestación, después de las primeras 20 semanas.

El feto pesa 500g o menos y es un feto producto del aborto.

#### CLASIFICACION

La clasificación del aborto puede agruparse en diferentes formas, pero la principal es la progresiva, que se determina de la siguiente manera:

#### FORMAS CLINICAS:

- A) **AMENAZA DE ABORTO:** Se manifiesta por hemorragia escasa proveniente de la cavidad uterina y/o dolor pélvico de carácter crónico de intensidad, no se evidencia el feto en la cavidad uterina y se demuestra producto vivo.
- B) **ABORTO EN EVOLUCION O INMINENTE:** Se presenta con pérdida de sangre y/o dolor en el abdomen, con modificaciones en las características de la duración, imprevedibles y hemorragia de magnitud variable.
- C) **ABORTO INEVITABLE:** Su característica principal, está dada por la presencia de pérdida de las membranas ovulares, con la salida del producto, sin modificaciones en la duración, pero no ha habido hemorragia de magnitud variable.
- D) **ABORTO INCOMPLETO:** Cuando se ha expulsado parte del feto y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina.



- 1) **ABORTO COMPLETO O CONSUMADO:** Es el aborto del feto en su totalidad, ya sea por un procedimiento quirúrgico o farmacológico.
- 2) **ABORTO FRUSTRADO O FALLIDO:** Cuando el feto ha muerto pero no ha sido expulsado del útero, ya sea por un procedimiento quirúrgico o farmacológico.
- 3) **ABORTO INFECTADO O SEPTICO:** Es un tipo de aborto que se produce cuando el feto muere y se infecta, lo que puede ser fatal para la madre.
- 4) **ABORTO HABITUAL O DE REPETICION:** Cuando ocurre en forma recurrente, lo que puede ser un signo de un problema de salud subyacente.

Los tipos de abortos más comunes son el **Aborto Completo**, el **Aborto Incompleto**, el **Aborto Inducido**, el **Aborto Espontáneo**, el **Aborto Infeccioso**, el **Aborto Habitual** y el **Aborto de Repetición**.

## ETIOLOGIA

Para definir la causa del aborto se debe de tener en cuenta si el mismo se da en varias gestaciones.

**Espontáneo:** Es el más frecuente, intervención activa no requerida al abortar.

**Inducido:** Es el que se realiza con intención del llevado a cabo por métodos químicos, físicos o de succión por métodos mecánicos, químicos y eléctricos.

**Terapéutico:** Es la terminación legal, deliberada, del embarazo por causas médicas, como puede ser enfermedad materna grave.

**Criminal:** Es la terminación ilegal de la gestación.

**Electivo:** Es la terminación legal del embarazo, cuando no hay indicación médica para hacerlo.

El embarazo es considerado como un binomio, de tal manera que las causas del aborto, pueden estar en cualquiera de los integrantes del mismo.

Generalmente un aborto, se debe a un fallo de factores relacionados entre sí, de tal forma que es casi imposible evaluar el impacto de cada factor individual, pero cuando alguno predomina puede orientar hacia las causas más importantes.

Para facilitar el estudio de las causas se dividen en causas de origen FETAL, causas de origen MATERNO, se pueden incluir otro tipo de causas relacionadas al medio en que se desarrolla el binomio, que se denominan factores AMBIENTALES.

### CAUSAS DE ABORTO ESPONTANEO.

;	Errores citogenéticos	;
;	Factores endocrinos	;
;	Enfermedad genética	;
;	Factores inmunológicos	;
;	Agudas infecciosas	;
;	Factores metabólicos	;
;	Factores Psicológicos	;
;	Factores teratógenos	;
;	Acontecimientos traumáticos	;
;	Anomalías uterinas	;

## CAUSAS FETALES

En 1984, respecto a las causas fetales, se han publicado estadísticas de 1980 de 10 países en desarrollo, en las que se han clasificado:

• defectos fetales congénitos, principalmente (que son el 81,7% de los abortos) de carácter genético y cromosómico, anormalidad del desarrollo, malformaciones de los órganos, defectos del 40,9%, anomalías del tubo digestivo, de los nervios y del sistema circulatorio. Entre otros: 1,2% con anomalías congénitas de los miembros, 1,6% anomalías placentarias, 2,7% con defectos congénitos del sistema circulatorio y 2,5% con defectos congénitos del sistema digestivo. Los defectos fetales se clasifican en defectos de desarrollo, defectos de estructura y defectos de función, producidos de abortos terapéuticos.

Los defectos fetales congénitos pueden ser producidos cuando existen cambios genéticos en los cromosomas, que se debe a errores genéticos hereditarios, por algunos factores que actúan en los progenitores, o de producción de un cambio genético por un agente interno o externo, en algún momento de la vida del individuo.

### Trisomías de los cromosomas y anomalías de estructura.

De 10 a 10% de los fetos con anomalías cromosómicas congénitas fallecen en abortos, y el resto de la mitad de ellos dependen de una anomalía cromosómica fetal asociada al 5 al 10%.

En una serie de fetos de 1982, fueron: 14,5% con cromosomopatías numéricas, trisomía del 44%, monosomía y 0,4%, triploidia y 10,1%, tetraploidia 7,1%, poliploidia doble el 1,9%, 2,5% de anomalías de estructura, malformación estructural y 0,2% monosomía de un cromosoma.

Defectos placentarios: pueden estar hechos por insuficiencia funcional, por defectos de la implantación o por enfermedades de la misma.

Con frecuencia también pueden causar defectos, las anomalías del cordón umbilical. La mayoría de las alteraciones del cordón umbilical alteran la circulación fetal y producen abortos. Un tercio de estas anomalías son 41% con compresas y 33% aturdidas. (1)

## CAUSAS MATERNAS

Se conoce más acerca de las causas maternas en la producción del aborto, que de las fetales y genéticas.

En su vez, se atribuyen a los defectos anatómicos, procesos infecciosos, alteraciones endocrinas, causas inmunológicas y ambientales, o factores de estrés, asociados de los traumatismos físicos y psicológicos.



## CAUSAS AMBIENTALES O EXTERNAS.

### Teratología.

Se llaman teratógenos a aquellos agentes capaces de inducir una alteración en el feto, lo cual puede ser, a su vez, un agente teratológico secundario. Entre los teratógenos externos se encuentran: la radiación ionizante y no ionizante, los gases atmosféricos.

Se pueden clasificar como principales teratógenos a agentes infecciosos, químicos, físicos, mecánicos, y otros agentes, como: drogas, alcohol, drogas, etc., que actúan indirectamente.

### EFFECTOS TERATOLÓGICOS DE LA TERATOLOGÍA

AGENTE TERATOLÓGICO	Grupo (1)	(L)
	1) Muerde	
Resistencia (en)	2) Interrupción de la gestación	
mieloides (en)	3) Interrupción anómala	
Enfoque (en)	4) Interrupción del feto. Muerte anómala	
La influencia (en)	5) Variaciones presumbidas o esperadas	
Teratología	6) Fuentes presumbidas o alteradas	
	7) Cambios de las tasas de la membrana	
	8) Estado anómalo alterado	
	9) Inhibición anómala	
	1) Interacciones celulares activas o dismórficas	
	2) Interacciones celulares insuficientes	
Patología (en)	3) Estructura celular	
Formación de (en)	4) Movimiento mecánico impedido	
desarrollo anómalo	5) Alteración mecánica de los tejidos	
	1) Fuga celular de los productos celulares	
	para alterar la subfunción o la maduración	
	2) Otras (en) del crecimiento y diferenciación	
	1) Muerde	
de los (en)	2) Muerde y otros	
	3) Retardo del crecimiento	
	4) Formas anómalas	

## CUADRO CLINICO

### OPORTUNIDAD DE APARICION

Se diagnostican en base en los datos clínicos y de anamnesis cuando existe un cuadro clínico.

Se define como un tipo de aborto, que corresponde a actividad uterina, después de haberse iniciado.

El sangrado intermite y cesa, que por el momento se describe entre patología.

El tipo más común de aborto, y corresponde a la actividad y con características características.

d) Sangrado intermite y cesa, forzado y cerrado.

Se debe estudiar exploración perineovaginal con espéculo y tacto vaginal.

### ABORTO EN EVOLUCION O EMPEZANDO

Además de lo anterior, incluso asintomático, se detectará actividad uterina, como hemorragias y dolor abdominal, especialmente del tipo cólico.

### ABORTO INEVITABLE

a) Ausencia de actividades uterinas ni actividad U.

b) Se caracteriza por ruptura de las membranas ovulares, refiriéndose al comportamiento fisiológico por la paciente y corroborado por estudios ultrasonidos, para descartar otro origen.

c) Sangrado abundante, con o sin ruptura de membranas.

d) Cuando ocurre espontáneo, con o sin ruptura de membranas y/o sangrado abundante, luego de la muerte fetal será aborto diferido o FMO.

### ABORTO INCOMPLETO

Se refiere a se ocurre a expulsión de parte del producto y el sangrado puede ser en cantidad variable hasta muy abundante.

### ABORTO COMPLETO O CONSUMADO

Se refiere al momento en que el aborto ha concluido con el producto ya expulsado y no queda restos de misma (aborto completo).

### ABORTO INTERMITENTE O ABORTO REVERTIDO

También llamado abortado o rebotado, se caracteriza por la desaparición de los síntomas gestacionales.

b) Delación del crecimiento uterino o incluso disminución de tamaño.

### ABORTO SEPTICO

Se describe septic, cuando a cualquiera de las entidades clínicas anteriormente mencionadas se agrega la infección, manifestada por:

Síndrome febril

Abaque al estado general.

Presencia de exudado vaginal purulento o purulento fetido.

En grados más avanzados, pelviperitonitis y septicemia.

## ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Desde el punto de vista clínico, los exámenes de laboratorio se realizan en el laboratorio de química, con especialidad en el tipo de diagnóstico que se requiere.

**LABORATORIO:** En todos los pacientes de las entidades con embarazo de riesgo, se debe hacer hemograma completo, hematocrito, hemoglobina, química sanguínea y seguimiento de glucosa. Grupos Sanguíneos y RH.

Bioquímica (creatinina, urea) y las proteínas con A. Diferencial y Séptico, para valoración de anemia blanca y pruebas de coagulación.

Cuantificación de Gonadotropina Coriónica y de su liberación en caso de duda de vitalidad fetal.

Ultrasonografía de Medidas (tampones) en caso de duda diagnóstica de aborto inevitable.

Cuántico de hemoglobina y hematocrito en caso de A. Séptico.

Electrolitos séricos en caso de riesgo.

**GABINETE:** Actualmente se da mayor importancia al estudio ultrasonográfico que al radiológico, por su menor riesgo.

Ultrasonografía Séptica se puede utilizar para confirmar cualquier entidad clínica, cuando importante en caso de A. Inevitable, M. H&H y amenaza de aborto.

Riesgo II: En caso de aborto séptico o M&H, es importante una biopsia de feto.

La biopsia sirve de abstracción muestra datos importantes en caso de A. Diferencial.

## TRATAMIENTO

**ABORTO DE APOYO:** Si el aborto funciona identificatorio y posible en apoyo de áreas primario-placentar y antiespectativas y secundarias en el embarazo. En caso de sangrado mayor y duda diagnóstica, se prescriben en los primeros días complementos estrogénicos para verificar vitalidad fetal y evitar la infección placentaria. En caso de alteración endocrina, se administran progesterona. En la mayoría de los casos se administran gomas estrogénicas. Si la vida gestacional se muestra a las 20 semanas, hay actividad uterina débil y fetaliva, se pueden utilizar alteraciones.

**ABORTO INMINENTE:** Se hospitaliza a la paciente y se estabiliza anémica, de laboratorio y de constitucionales. Si es necesario se hipertensivos, si la edad gestacional es menor a 12 semanas, se procede a efectuar la evacuación uterina; si es mayor se espera a se proceda la expulsión del producto con analgésicos con criterio profesional, a menos que la hemorragia sea intensa y la dilatación profunda, se opte a la producción por fragmentación o se recurre a la dilatación y aspiración uterina y en caso de ser necesario conservar la función reproductiva, se efectúa histerectomía abdominal.

**ABORTO INEVITABLE:** Se hospitaliza a la paciente y una vez corroborado el diagnóstico, se procede a la evacuación del útero con criterios estériles al caso anterior; por supuesto en ambos casos, es importante la reposición de líquidos.

**ABORTO DEFERIDO:** Una vez corroborado el cuadro, no se demuestran gonadotropina coriónica en orina, el USG no demuestra actividad fetal, los RX muestran pérdida de actividad fetal, seguimiento de los huesos del fémur, etc., se procede a la evacuación del útero, según el caso y las condiciones cervicales y bajo los criterios antes mencionados. Es importante valorar las pruebas de coagulación, ya que esta es una de las complicaciones más severas.

**ABORTO DESCRITO:** Se basa en mejorar las condiciones de la paciente, si es posible transfundir líquidos y sangre si es indispensable, iniciar manejo antibiótico de preferencia combinado 2 y si es necesario 3 antibióticos, para cubrir buen espectro antibiótico y posteriormente esperar el ingreso del antibiograma, si el sangrado no cesa se procede de inmediato a la evacuación del útero a la laparotomía en su



que no tiene aplicación en el presente caso. La  
impugnación de la sentencia de primera instancia es

La impugnación de la sentencia de primera instancia es  
por el hecho de haberse condenado a pagar el importe de  
aumento de la cuota de los impuestos de consumo y el  
importe de la cuota de los impuestos de consumo y el  
importe de la cuota de los impuestos de consumo.

La impugnación de la sentencia de primera instancia es  
por el hecho de haberse condenado a pagar el importe de  
aumento de la cuota de los impuestos de consumo y el  
importe de la cuota de los impuestos de consumo y el  
importe de la cuota de los impuestos de consumo.

La impugnación de la sentencia de primera instancia es  
por el hecho de haberse condenado a pagar el importe de  
aumento de la cuota de los impuestos de consumo y el  
importe de la cuota de los impuestos de consumo y el  
importe de la cuota de los impuestos de consumo.

La impugnación de la sentencia de primera instancia es  
por el hecho de haberse condenado a pagar el importe de  
aumento de la cuota de los impuestos de consumo y el  
importe de la cuota de los impuestos de consumo y el  
importe de la cuota de los impuestos de consumo.

## COMPLICACIONES

La causa de la infección es siempre bacteriana. La infección se produce en los días inmediatamente posteriores a la realización de la cirugía, y estas complicaciones que dependen de las técnicas y técnicas que el cirujano habrán de emplear. Bajo la supervisión microbiológica en el aparato genital y las intervenciones, antes que el inicio de la cirugía, el aborto.

**HEMORRAGIA:** Es sin duda, la complicación más frecuente, con todos los métodos quirúrgicos desde la primera inicial, hasta el aborto incompleto. La intervención de un síntoma constante, que produce la aparición de los signos, cuando el útero placental. Su magnitud varía considerablemente, desde la pérdida por vía natural del desprendimiento normal de una gestación, hasta la pérdida profusa hemorrágica del aborto en sí mismo. Puede mayor, como una complicación del embarazo.

No obstante a la complicación hemorrágica, y a preventivos la producción de otros daños, y a la hora de antes posible para facilitar la coagulación y el tiempo de las leyes, verifique abortos, y simultáneamente, intervenciones con indicaciones, reponer la colemia y la anemia.

**INFECCION:** Se la principal generadora de secuelas y de riesgo de vida, salvo cuando se emplea, se podrá afirmar, que todo paciente que sufra un aborto, sea víctima de un proceso infeccioso de algún tipo.

La mayor y mejor medida y según la gravedad de cada caso, deberá tener presente los siguientes parámetros:

- a) Fiebre.
- b) Alteraciones hemodinámicas (taquicardia, taquiarritmia, TA, FC y RVO).
- c) Alteraciones de la diuresis horaria (oliguria o anuria).
- d) Alteraciones vitales (taquidistancia, ictericia, equimosis, epistaxis, etc.).
- e) Signos abdominales (Reacción peritoneal localizada o difusa).
- f) Alteraciones del Estado (taquicardia, depresión o coma).

El tratamiento estará dirigido a corregir, según el grado cada una de las alteraciones, la generalidad del manejo del aborto septicó y se mencionan en el capítulo correspondiente.

**REINFECCION:** La falta de higiene y sustancias, así con incompleta al momento de ser devuelto, así con fines abortivos, es una infección, que se produce como el ingreso, la infección o la superinfección bacteriana, así de una manera inagotable, cuando se trata de medio, para intervenir al aparato, las más comúnmente mencionadas, son: la infección, epitel, derivados del concha, infecciones, la infección, virus, en ocasiones bacteriana, tóxicos.

La infección y la inflamación de la vagina y del cuello del útero son las principales causas de la enfermedad. La infección puede ser causada por bacterias, hongos o virus.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, el examen físico y los resultados de los estudios de laboratorio. El tratamiento depende de la causa de la infección y puede incluir antibióticos, antifúngicos o antivirales. Es importante seguir las instrucciones del médico y completar el tratamiento para evitar la recurrencia de la enfermedad.

El cuadro clínico más común es la inflamación de la vagina y del cuello del útero, que puede ser causada por bacterias, hongos o virus. Los síntomas incluyen flujo vaginal anormal, picazón, ardor y dolor durante la relación sexual. El diagnóstico se basa en la historia clínica, el examen físico y los resultados de los estudios de laboratorio.

El diagnóstico de la enfermedad vaginal es fácil para el médico, pero difícil para quien la sufre. Se debe tener cuidado de la higiene personal y evitar la relación sexual sin protección. El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y puede incluir antibióticos, antifúngicos o antivirales.

### OTRAS COMPLICACIONES:

EMERGENCIAS: Se trata de un accidente poco frecuente, ya que la incidencia total no puede ser determinada ya que sería necesario referirnos a todas las perforaciones por aborto, el accidente probable es la infección de emergencia. Las complicaciones de la infección de emergencia son:

INFECCIÓN PELVICA: Se considera que la infección de los vasos sanguíneos en alta proporción se localiza y no de otros sitios, sin embargo, en algunos casos de abortos traumáticos se han observado infecciones de los pulmones.

CAPITULO IV  
**P R O N O S T I C O**

De las mismas formas que se han diferenciado el cuerpo programático, el primer tipo continúa "convirtiéndose" en la sucesión lógica desde el diagnóstico y se va desarrollando la complejidad, de igual forma se diferenciaron las formas de la relación que se va a la vida gestacional.

De igual forma también varía el pronóstico desde el personal y equipo, la atención, utilización, los análisis de diagnóstico, la cooperación de la paciente y de sus familiares, los recursos económicos y el tipo de institución donde se presta, puesto que en nuestros hospitales públicos siempre hay una escasez de pacientes y se va atendiendo, lo más urgente, los parientes, no diferenciando de quien pagar de un turno a otro, sin que se pueda resolver en la clínica.

En relación a las actitudes que puede tener el sujeto en el organismo de la mujer, serán más frecuentes si se encuentran, ya en estado, ya luego perfeccionado o perfecciona, con una mala digestión y/o hipertensión, de ser así, se aconsejará por su frecuencia o importancia, pautarlas en que de una u otra forma se relacione el antecedente de abortos.

Embarazo Político - Embarazos Recurrentes - Generalmente secundaria a procesos sistémicos leves, que ocurren por el color o por un tratamiento inadecuado o insuficiente, y la infección persistente como una adaptación a los leve, con síntomas positivos mínimos, que se manifiestan por dolor espontáneo o provocado por la menstruación, color, o el semen, flujo vaginal, hipertermias, etc. En la exploración objetivamente, solo se encuentra a veces ligeros engrosamientos de los anexos y disminución de la movilidad de los genitales internos, los estudios de imagen por los cuales son normales a veces un ligero aumento en la actividad de los genitales internos, presenta las dificultades inherentes a la técnica de algunas ecografías y la dependencia a un sistema de dolor que se pueda atribuir a alteraciones funcionales fisiológicas.

Adherencias pélvicas - En el sistema diagnóstico de embarazo, caracterizado por una historia de abortos recurrentes, con una falta de respuesta adecuada a los tratamientos, ya en estado o perfeccionado con el antecedente de un diagnóstico que se trate en ocasiones en los turnos de tiempo en el momento de ser tratado por un aborto. El diagnóstico es difícil de establecer por heterogeneidad histopatológica. El manejo es liberal, los hallazgos aplican un dispositivo que sirve para el diagnóstico y para la cirugía.

Contraindicación: En el útero normal se encuentra una columna vertebral y escarto para el implante de las células que actúan por su actividad, irán presentes en "células" el endometrio de modo que si no se hubiera estado de un laborio septic, con poliposidad, endometrio grueso en "factos poriones", de modo que no se identifique que algunos pacientes se vuelven a producir por embarazo.

Indicaciones: Este grupo de procedimientos de pelviperitoneo, que puede producir la aparición de embarazo ectópico, si se resaca sobre el útero, puede ocurrir ruptura uterina, retrocesión por adherencias, etc.

Problemas clínicos relacionados: Perforación placentaria por adhección del endometrio, las vellosidades coriales penetran fácilmente al miometrio. Si la fuerza que se aplica al efectuar el cureaje, generalmente es más energética nivel del fondo y cara anterior, las adherencias posteriores al endometrio de esa zona se inadecuado para la implantación y ésta ocurre en un sitio más bajo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TÍTULO:

**ABORTO: ESTUDIO CLINICO DE 100 PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL  
HOSPITAL DE LA MUJER, S.S.A.**

## ANTECEDENTES.

El estudio del aborto en general, desde un punto de vista psicológico, es el siguiente:

En lo que respecta al aborto espontáneo, se considera que alrededor del 25% de todos los embarazos terminan en aborto, de éstos, 42% presentan anomalías cromosómicas en generalizadas, 22% aneuploidia localizada, 10% son abortos inducidos secundarios, quedando el resto por causas desconocidas o enfermedad generalizada. Indicaciones de Luchins, (1963), sobre el origen de los diagnósticos como espasmos, tumores, enfermedades provocadas, (2,4).

Ante la situación social y económica que prevalece para la mujer, el aborto es en muchas ocasiones un escape para el control de la natalidad, pero como esto no es un procedimiento legal en nuestro país, se incrementa el número de abortos clandestinos, que son una de las principales causas de mortalidad infantil, por las inadecuadas condiciones en que se realizan (2,1).

A pesar de que mundialmente se llevan a cabo campañas de planificación familiar y paternidad responsable, existen aún pacientes que por desabastamiento o falta de los diferentes métodos de control de la fertilidad o de su utilización presentan embarazos, desprendidos de la dimensión entre un hijo no deseado y un aborto, de donde se desprenden otros problemas: Nuestra legislación, la convierte en delictiva; Quiere y debe lo realizar. Mediante el control vital para la reacción familiar, además de problemas psicológicos, como sentimiento de culpa, depresión, etc. (2,3,7).

Estos y otros factores hacen que al tener que acudir a alguna institución, generalmente por alguna complicación, tratará de ocultar el hecho de la realización de maniobras abortivas, lo que dificultará su diagnóstico y tratamiento oportunos.

Es difícil determinar que número real de pacientes cursan con aborto inducido. ¿Cuáles fueron las razones para el embarazo? ¿Cuáles para acudir al aborto? (2,5).

Se considera que la mayor frecuencia de aborto inducido es en la adolescencia, entre los 15 y 19 años de edad y contrariamente, las complicaciones en esa edad causan el menor número de muertes. (4).

Aun en países en que se permite legalmente el aborto, las muertes por esa causa no dejan de presentarse. Aunque con mucho menor frecuencia. (1,1).

Tanto si el embarazo es deseado, como si no lo era, todas las pacientes presentan un período de depresión, ya sea por el duelo por la pérdida o por sentimiento de culpa si fué provocado. (5).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## OBJETIVO

- 1) Conocer la frecuencia de abortos en el Hospital de Ayacucho con respecto al distrito.
- 2) Conocer la frecuencia de abortos espontáneos.
- 3) Conocer la frecuencia de abortos inducidos.
- 4) Conocer la relación entre embarazo no deseado y abortos.
- 5) Conocer las características socioeconómicas de estas pacientes.
- 6) Conocer la edad de las pacientes y uso de métodos de control de la fertilidad.
- 7) Conocer número de pacientes embarazadas a pesar de utilizar algún método.
- 8) Tratamientos empleados previos al ingreso.
- 9) Métodos o maniobras utilizados en caso de aborto inducido.
- 10) Conocimiento por las pacientes de las posibles complicaciones.
- 11) Conocer tipo y origen de información sexual por las pacientes.
- 12) Determinar la capacidad clínica del aborto de acuerdo a su calificación.



## H I P O T E S I S

- 1) La relación entre el nivel de educación y número total de abortos es directa.
- 2) La incidencia de aborto inducido aumenta en relación al bajo nivel socioeconómico.
- 3) La mayoría de los procedimientos de aborto corresponden a procedimientos mecánicos.
- 4) El mayor porcentaje de pacientes son de bajo nivel socioeconómico.
- 5) El mayor porcentaje de las pacientes conoce y en alguna ocasión utilizó métodos de control de la fertilidad.
- 6) Gran número de pacientes desconoce las posibles complicaciones que pueden suceder.
- 7) Un importante porcentaje de pacientes, es manejado previamente por especialistas.
- 8) El mayor porcentaje de pacientes presenta la etapa clínica de aborto incompleto.
- 9) Las principales complicaciones, son hemorragia e infección.

## MATERIAL Y METODO

Se elaboró un estudio observacional, descriptivo, analítico de los pacientes que acuden al Hospital de la Mujer y al Hospital de Obstetricia y Ginecología a las salas clínicas.

Categoría: epidemiología social.

Fecha de inicio: 22 de marzo de 1988.

### Criterios de inclusión:

Se incluyen en el estudio, pacientes embarazadas de cualquier edad, complicadas con aborto en cualquier etapa clínica.

### Criterios de exclusión:

Pacientes en las que se descarta embarazo por clínica y por estudio histopatológico.

### Criterios de Eliminación:

- 1) Pacientes con embarazo ectópico.
- 2) Pacientes con embarazo ectópico.

Se elabora hoja de recolección de datos, para cada paciente, donde se recaba la siguiente información:

Se anota edad, estado socioeconómico, nivel cultural, toxicomanías, antecedentes personales patológico y ginecoobstétricos, conocimiento y utilización de algún método de control de fertilidad, actitudes frente al aborto. Conocimiento de las posibles complicaciones del aborto. Personal que otorgó la atención previa a su ingreso al Hospital. Tipo de aborto (espontáneo o inducido). Tratamiento previo recibido y/o maniobras utilizadas. Motivos que justifican para la paciente el aborto inducido.

A la exploración física: constantes vitales, estado general y alteraciones en el aparato genital. Diagnóstico de la etapa clínica, diagnóstico integral, complicaciones y por último un espacio para interrogar si al momento de ocurrir la menarquia sabía de que se trataba, si sabía lo que es la relación sexual al iniciar su vida sexual y por último si las relaciones sexuales son satisfactorias o no.

Los resultados serán representados en cuadros y gráficas para análisis estadísticos, para ser interpretados con pruebas de desviación estándar y  $\chi$  cuadrados.

El resultado servirá como tesis recepcional y posteriormente podrá ser publicado como artículo.

## RESULTADOS

Se aplicó el test de integración a 100 pacientes, con los resultados siguientes:

Se observó que los grupos de edad paridad, 15 pacientes, que corresponden al 15% eran menores de 20 años, 47 pacientes o sea 47% oscilaban entre 20 y 24 años, entre 10 y 29 años correspondieron 42 pacientes o 42%. De 30 a 34 años hubo 13 pacientes o 13%. Entre 35 y 39 años 9 pacientes o 9%. Edad de 40 a 44 sólo una paciente, correspondiendo a 1%. (Cuadro 1).

El grupo de edad que más abortos presentó corresponde a las pacientes que se encuentran entre los 20 y los 24 años, 42%; siguiendo orden de frecuencia las de entre 25 y 29 el 21%; luego las menores de 20 años con un 15%. La paciente de mayor edad tenía 44 años y la menor 15, con una edad de 27.5 años.

CUADRO 1. Grupos de Edad y Paridad.

EDAD	G-I	G-II	G-III	G-IV	G-V	G-VI	TOTAL	%
<20	7	3	2	1	2	0	15	15%
20-24	11	13	11	3	5	0	43	42%
25-29	1	5	5	4	5	2	23	21%
30-34	0	2	1	1	3	0	13	13%
35-39	1	0	0	0	3	5	9	9%
40-44	0	0	0	0	0	1	1	1%
TOTAL	28	23	19	9	15	14	107	100%
%	21.5%	21.5%	17%	7%	15%	14%	100%	

FUENTE: Encuesta.

Al relacionar edad con gestación encontramos, que de las 15 pacientes menores de 20 años, 47% (7), eran primigestas; 33% (3), G-II; 7% (1), G-III; 13% (2) tenían cinco gestaciones.

De las 43 entre 20 y 24 años: 33% (14), Primigestas; 30% (13), G-II; 25% (11), G-III; 7% (3), G-IV; 3% (2), G-V.

De 22 pacientes entre 25 y 29 años: 5% (1) Primigesta; 23% (5), G-II; 23% (5), G-III; 14% (4), G-IV; 23% (5), G-V y 9% (2) G-VI.

De 13 pacientes entre 30-34 años: 15% (3), secundigestas, 9% (1), G-II; G-III; G-IV; 23% (3), G-V y 46% (6), de 4 a 7 más gestaciones. (Cuadro 1).

En el grupo de 20 años, 100% eran mujeres (100%) y 0% hombres (0%).

De todas las pacientes, 60% de ellas eran primigestas (60%) y 40% con antecedentes.

La edad entre las gestaciones primarias oscilaba entre 20 y 29 años.

De las pacientes de 17 años, tenían 2 gestaciones, una con anterioridad de un parto y 2 de ellas y la concepción de paros anteriores (Cuadro 1).

En el mismo grupo (I), se observó que 35 pacientes (50%) tenían hasta 3 gestaciones y 25 paros (37%), eran grupos multiparas.

De las 20 primigestas el 60% corresponden al grupo de edad entre 20 y 24 años; las menores de 20 años el 30%; 5% respectivamente a los grupos de 25 a 29 y 35 a 39.

De las 21 secundigestas, 13% en el grupo menor de 20 años; 50% en el de 20 a 24; 22% en el de 25 a 29; 5% en el de 30 a 34 años.

De 19 pacientes con 3 hijos, 11% con edad menor a 20 años; 58% entre 20 y 24 años; 26% entre 25 y 29 y 5% entre 30 y 34 años.

Nueve pacientes con 4 gestaciones, 11% tenían menos de 20 años; 33% entre 20 y 24; 45% entre 25 y 29 años; y 11% entre 30 y 34 años.

De 15 pacientes con cinco gestaciones, 13.3% eran menores de 20 años; 13.5% entre 20 y 24; 37% entre 25 y 29 años; 26% respectivamente para los grupos de 30 a 34 y de 35 a 39.

Por último de las pacientes con 6 y más gestaciones (hasta XV), 14%, corresponden al grupo entre 25 y 29 años; 43% entre 20 y 34 años; 24% entre 35 y 39 años; 7% en el grupo de 40 años, para un total de 18 pacientes.

Del grupo de 20 a 24 años, 40 pacientes, 11% (11 embarazadas y 29 C), tenían 3 o más gestaciones, 20, 7 o más gestaciones.

De todas las parturientas, una embarazada a los 40 años, con 6-11.

La paciente que sus gestaciones presenten corresponden a 0-27 y la edad de 39 años.

De los pacientes de 15 años, tenían 5 gestaciones, una con antecedente de un parto y 3 abortos; la otra con 4 partos abortivos. (Edades 15).

En el mismo grupo (C), se dice que las 25 pacientes (67%) tenían hasta 2 hijos, 20 y 29 pacientes (72%), con grandes mellizos.

De las 23 primíparas el 67% con edades al grupo de edad entre 19 y 24 años, las menores de 20 años el 30%; 5% respectivamente a los grupos de 21 a 24 y 25 a 29.

De las 23 secundíparas, 13% en el grupo menor de 20 años; 50% en de 20 a 24; 33% en el de 25 a 29; 5% en el de 30 a 34 años.

De 19 pacientes con 6-11, 11% con edad menor a 20 años; 50% entre 20 y 24 años; 24% entre 25 y 29; 14% entre 30 y 34 años.

Tercer pacientes con 4 gestaciones, 11% tenían menos de 20 años; 33% entre 20 a 24; 45% entre 25 y 29 años; y 11% entre 30 y 34 años.

De 19 pacientes con cinco gestaciones, 11.5% eran menores de 20 años; 13.5% entre 20 y 24; 33% entre 25 y 29 años, 20% respectivamente para los grupos de 30 a 34 y de 35 a 39.

Con último de las primíparas con 7 y más gestaciones, hasta 27, 11% corresponden al grupo entre 20 a 24 años; 43% entre 25 y 29 años; 34% entre 30 a 34 años; 12% en el grupo de 40 años, para un total de 19 pacientes.

#### OCUPACIÓN

En cuanto a la ocupación, la mayoría de las pacientes se dedice al hogar 87%, algunas son domesticas, otras se dedican a labores (15%) y pocas estudian (2%), en el cuadro 2 se observa esta relación objetivamente.

CUADRO (2).

Ocupación	# Pacientes	Porcentaje
HOGAR	86	87%
TRABAJO	13	15%
ESTUDIA	2	2%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta.

Alrededor del 75% de la población de las comarcas de las Alturas, tiene una unión libre y 25% de la población son solteros. (Cuadro 3)

#### CUADRO 3

ESTADO CIVIL	No. de Pac.	Porcentaje
CONYUGES	54	50%
UNION LIBRE	42	41%
SOLTEROS	7	7%
VIUDES	17	16%

Fuente: Encuesta.

RELIGION: El 76% profesa la religión católica, 2% testigos de Jehová, una evangélica y una paciente de ninguna.

ESCOLARIDAD: Analizando a 61, 37; 25 (41%) no terminaron la primaria; 35 (57%), con educación primaria terminada; 6 (6%), no concluyeron la educación secundaria; 24 pacientes (39%), con secundaria terciario del Comercio 7 pacientes; 5 Preparatoria, una maestra, una enfermera y una universitaria.

En conclusión se observa que la mayoría (53%), tienen educación primaria.

NIVEL DE VIDA ECONOMICA: El nivel socioeconómico se valoró en bajo y medio, en relación a los ingresos económicos según el salario mínimo, los que referían ingresos menores al mismo, se clasificaban en bajo y por encima del mismo, como medio. Otro parámetro fué el tipo de alimentación, clasificando este cuando por lo menos, una vez a la semana come carne.

El número de paciente de nivel socioeconómico bajo fue de 73, para un 71%, y medio solo 29, correspondiendo al 29%.

#### 4.- REFERENCIAS

Debería detallarse en las citas bibliográficas completando, nombre del autor (o del título del trabajo, título de la revista, volumen, páginas, etc.)  
(Usar este espacio para completar las citas bibliográficas)

- 1) Cavanagh D. Shock Néctico. Urgencias Obstétricas. Pag. 43-59, 1982.
- 2) González de la V. F. Aborto. "El Médico General Comentado" Pag. 382-385, 1978.
- 3) Grimes D.A., PaSciacen M.E., O'Heilly R.R. y Binken N.J. "Hemorragia fatal por Aborto en Estados Unidos". Surg. Gynecol. Obstet. 157:461-466, Noviembre, 1983.
- 4) Hanson M.S. "Aborto en Adolescentes". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol.4, Pag.1225-1242, 1978.
- 5) Lecker S. y Peyton G.M. "Aborto". Aspectos Psicológicos en Ginecología y Obstetricia. Pag. 149-153, 1981.
- 6) Pritchard J.A. "Aborto". Williams Obstetricia. Pag.474-505 1980.
- 7) Taulat J. "Ayudamos a vivir". El Aborto, Crimen o Liberación?. Pag. 135-138, 1975.
- 8) Woods R.E. y Cavanagh D. "Hemorragias al comienzo del embarazo: Aborto". Urgencias Obstétricas. Pag. 162-166, 1982.