UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

13 MESES DE ABORTO SEPTICO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

GUSTAVO ENRIQUE COSENZA CHACON

Guatemala, Marzo 1973

PLAN DE TESIS

	Página
CAPITULO I: GENERALIDADES	1
A) ABORTO SEPTICO, DEFINICION	1
B) HISTORIA Y SITUACION ACTUAL	1
C) ETIOPATOGENIA	3
D) SHOCK SEPTICO	4
E) FALLO RENAL	5
F) SINDROME DE COAGULACION INTRAVASCULAR	5
G) CARACTERISTICAS CLINICAS	6
H) MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	10
CAPITULO II: NUESTRA CASUISTICA	15
A) MATERIAL Y METODOS	15
B) RESULTADOS Y DISCUSION DE RESULTADOS	17
C) FALLECIDAS Y DISCUSION DE FALLECIDAS	38
CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFIA	59

CAPITULO I

GENERALIDADES

A) ABORTO SEPTICO:

Se entiende por Aborto Séptico la entidad clínica, de infección intrauterina, asociada a un aborto en cualquier etapa de evolución (23).

En más del 95o/o de los casos es, (28) según Santa Marina, sinónimo de aborto provocado, criminal. La infección de un aborto expontáneo es extremadamente rara (17). Cuando la existe es por lo general secundaria a un proceso patológico ginecológico (fibroma necrótico del cérvix, carcinoma, etc.) (11).

Puede definirse también, como la complicación infecciosa del aborto provocado.

B) HISTORIA Y SITUACION ACTUAL:

El aborto provocado se ha conocido desde tiempo inmemorial. Según la mayoría de autores (2, 1), se ha realizado entre los chinos, medas, persas, hebreos, griegos, romanos y probablemente todas las culturas lo han practicado en una u otra forma como medio de control de la natalidad o por las razones de la índole mas diversa.

La tolerancia al mismo, ha variado con las culturas y los tiempos (27, 1). Los métodos usados, han también variado, desde el mercurio entre los chinos, punciones ovulares entre los romanos, traumatismos abdominales entre los mayas e innumerables formas más (1, 2).

En la actualidad se practica por varios métodos entre los mas comunes, la colocación de Sondas de Foley para producir dilatación cervical, y extracción del huevo con pinzas, la punción ovular con agujas, histerómetros, etc., las duchas intrauterinas

con diversos líquidos (jabón, detergentes, etc.), dilatación y curetaje, métodos aplicados en su mayor parte por comadronas, personal paramédico, individuos empíricos, autoinducidos y médicos en nuestro medio en orden de frecuencia (1, 2).

La incidencia del problema se desconoce en épocas anteriores por razones obvias, pero en la actualidad, según diversos autores y estudios, varía. Según Vidísola (3) el 18o/o de los embarazos terminan en aborto provocado. En estudio de Armijo y Renquena (3), el 26o/o de las mujeres casadas han tenido abortos provocados, con el consentimiento del padre del niño en el 75o/o de los casos. En los Estados Unidos se calculan de 1 a 1.5 millones de abortos provocados al año (2). En Chile hay 130,00 abortos y 290,000 partos por año (3). En estudio de Armijo y Renquena (3) solo el 31o/o de los abortos provocados son hospitalizados por complicaciones. 26o/o de los abortos se infectan (3), con incidencia del 3.8o/o al 7o/o (3, 18, 20, 23) del total sufren Shock Séptico, con una mortalidad del 0.29o/o al 3.34o/o de los abortos sépticos (28). Según los autores (3, 20, 23) 50o/o de las pacientes en shock séptico morirán hágase lo que se haga, en los mejores centros hospitalarios. El riesgo materno de muerte en Inglaterra (14) es tres veces mayor en aborto provocado que si la paciente continúa su embarazo y lo lleva a término.

Según el estudio de Chang (7) sobre incidencia de Aborto en el Hospital General de 7,176 pacientes hubo dos fallecimientos por aborto séptico. Actualmente 1/3 de las muertes por causas obstétricas es debido a aborto séptico (28).

La incidencia de Aborto Séptico se ha modificado en forma impresionante con la instauración de legislaciones más liberales, en diversos sitios. En California, en el estudio de Stewart (29), en tres años de haberse establecido el Acta de Aborto Terapéutico, la incidencia declinó de 69 x 1000 partos en 1967 a 22 x 100 partos en 1969. Mientras que el aborto terapéutico aumentó de 518 en 1967 a 15,334 en 1969 a 24,000 en los primeros seis

meses de 1970. Incluso la incidencia de aborto no séptico declinó de 200 x 1,000 partos en 1967 a 150 x 1,000 partos en 1969. La mortalidad por aborto de 8:100,000 nacidos vivos en 1967 a 3:100,000 en 1969.

El Aborto Séptico como problema hospitalario: según Armijo (3), 8.1o/o de los ingresos fueron por aborto. Cada 100 días-cama por parto, 24.1 fueron por aborto. El Legrado fue el 35o/o de las operaciones de emergencia realizadas. Los abortos ocuparon el 26.7o/o de la sangre de los bancos. Casos complicados de aborto séptico (infección por C1. Welchii pej.) pueden costar más de $3,000.00.

La razón expuesta por las pacientes en el estudio de Armijo (3), fue de tipo económico en el 50o/o de las pacientes. En hogares desintegrados o unión de hecho la incidencia es de 1:3 embarazos termina en aborto provocado, mientras que en matrimonios 1:4. Se ha hallado mayor riesgo de aborto, mientras mas tiempo tienen las pacientes de vivir en ambiente urbano.

C) ETIOPATOGENIA:

El aborto séptico en mas del 95o/o de los casos se produce por maniobras criminales para producir el aborto. La introducción de instrumentos contaminados, o líquidos, a la cavidad uterina (2). En otros casos instrumentos estériles introducen flora bacteriana de la vagina y se inicia así la infección.

Según la mayoría de autores (11,15,16,20,24,28) hay predominancia de gram negativos, esto puede ser por las siguientes razones: 1o. Es la flora mas abundante en la vulva y vagina; 2o. La globulina gama 19S no puede traspasar la barrera placentaria, siendo ésta, la mas activa contra gérmenes Gram Negativos. En un aborto existen condiciones ideales para infección: detritos orgánicos, poca vascularización en tejidos desprendidos, y la barrera placentaria.

E. Coli, Aerobacter, Klebsiela, son los mas frecuentes (11,15,16,20,24). Según Gracian (15), en 16 autopsias por aborto séptico, 41.2o/o presentaban Clostridium aunque esta afirmación no se confirma en pacientes vivas.Douglas (11) encontró Gram Negativos como responsables de Hipotensión en el 50o/o de sus casos. 28o/o de su serie dió hemocultivos positivos. 24o/o mostró clostridium en el cérvix 2o/o estreptococos.

Entre 1/3 y 1/4 de las pacientes desarrollan septicemia (11). Probablemente en el resto, la patogenia de las complicaciones como, shock séptico, fallo renal, síndrome de coagulación intravascular sean debidas a toxinas bacterianas.

D) SHOCK SEPTICO:

(6,10,11,12,15,20). Esta es una complicación que frecuentemente complica el aborto séptico elevando la tasa de mortalidad marcadamente. Se produce por acción de las toxinas producidas dentro del útero por las bacterias causales, Gram Negativas en su mayoría y Clostridios; habiéndose en algunos casos encontrado Gram Positivos capaces de causarlo. Las toxinas bacterianas, actúan sobre el endotelio capilar produciendo vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar, con pérdidas de albúmina hacia el espacio intersticial en cantidades que disminuyen la fuerza oncótica del plasma. Ocurre un enlentecimiento de la circulación por aumento de la viscosidad y el remanso sanguíneo, con una hipovolemia real y funcional. Esto dará hipoxia tisular. Por otra parte la endotoxina asociada a la hipovolemia, estimulará los barorreceptores carotídeos dando una respuesta simpática, que se manifestará como un intenso vasoespasmo de las pequeñas arterias y venas aumentando la hipoxia y la acidosis por la utilización del metabolismo anaerobio. Este proceso de hipoxia y acidosis, mas una acción cardiodepresora de las toxinas bacterianas, facilitará la falla cardíaca que se manifiesta en estos casos. Se detecta, por la medición de la Presión Venosa Central, la cual se eleva.

La comprensión de este fenómeno nos ayuda a dar una terapéutica racional que se debe basar en:

1) Suprimir la infección, fuente de toxinas (antibiótico y legrado ú otro tipo de cirugía radical).

2) Corregir la hipovolemia, mediante sangre, plasma y líquidos.

3) Dilatar el lecho capilar contraído, con esteroides (9), y/o Beta adrenérgicos (10).

4) Mejorar la función cardíaca con Beta adrenérgicos, digital.

5) Mejorar la hipoxia y la acidosis metabólica con Oxígeno y bicarbonato.

E) FALLO RENAL:

(8) Otra frecuente complicación que se presenta en esta entidad. Se piensa que el fallo renal obedece a varias razones como son, aumento de sustancias de degradación orgánica, en la sangre, toxinas bacterianas, trombosis intravascular, hipovolemia, shock, hemólisis, siendo las lesiones más frecuentes, necrosis tubular y necrosis cortical bilateral. Se atribuyen estas lesiones en gran parte a una reacción de Shwartzman diseminada, (la que se produce deposición de trombos de fibrina en los vasos secundaria a la inyección de endotoxinas bacterianas espaciada 24 horas). Manifestaciones del fallo renal son, oliguria, disminución de la gravedad específica, elevación de cuerpos nitrogenados en la sangre (5). El tratamiento debe ser agresivo y temprano, ya que de otra forma el 50o/o de las pacientes fallecerán y el resto puede quedar con función renal alterada (5).

F) SINDROME DE COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADO:

Se asocia frecuentemente a el fallo renal (8). Se considera que parte de la etiopatogenia es similar. La reacción de Shwartzman diseminada, ocurre con una sola inyección de toxina bacteriana en los siguientes casos:

1) Bloqueo del sistema retículoendotelial.
2) Inmadurez
3) Terapia esteroidea.
4) Embarazo.

Las condiciones 1 y 4 se producen en el aborto séptico, lo cual, hace al fenómeno, mas factible de aparecer.

Hay depleción de los factores II, V y VIII, disminución del fibrinógeno y las plaquetas, en las primeras 24 a 36 horas.

En el embarazo, la disminución de la actividad fibrinolítica y la liberación de material tromboplástico por la placenta desprendida en el aborto podrían ser factores desencadenantes del síndrome.

Ocurre lesión hepática, pancreática y muscular por trombosis vascular diseminada.

Se manifiesta por hemorragias en distintos sitios, hematomas en lugares de venipuntura, equimosis, epistaxis, gingivorragias, etc., oliguria, al estar comprometido el riñón.

El laboratorio da: frote periférico sin plaquetas, glóbulos rojos rotos, disminución del fibrinógeno, pruebas de coagulación alteradas.

Debe instituirse terapia con heparina 1,000 a 2,000 unidades cada hora por vía iv, estos casos deben manejarse con el hematólogo de preferencia.

G) CARACTERISTICAS CLINICAS:

El diagnóstico de aborto séptico se basa según la mayoría de autores en:

Historia Clínica: Los datos de historia clínica pueden en ocasiones orientar al diagnóstico en gran medida y, en ocasiones aumentar el índice de sospecha y en ocasiones ser totalmente

negativos y confusos. Suelen referir embarazo en primer trimestre o segundo temprano (25).

Sólo un tercio de las pacientes según Moritz (23), con buen interrogatorio darán datos afirmativos de haber sido manipulada. Según Douglas (11), 46o/o de su serie dieron detalles de cómo fueron manipuladas. Cuando la historia de manipulación es positiva, hay que insistir en la forma de manipulación (sobre todo si se trata de ducha intrauterina) por tener ésto implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Una buena proporción de pacientes refieren un hecho desencadenante del aborto, caídas, golpes y muchas otras.

Suelen ser pacientes según Lorincz (19,20), con 2 a 4 días de historia de hemorragia, asociada a fiebre, fríos, temblores, náusea, malestar general, diarrea. Las pacientes experimentadas en abortos provocados a repetición, suelen consultar el mismo día de la manipulación (20).

Algunas, refieren flujo color salmón, con olor fétido. Es conveniente analizar el estado socio-económico, la paridad y el deseo de tener más hijos. (Mayor incidencia en clases socioeconómicas bajas, grandes multíparas). En las pacientes con historia negativa vale también la pena reinterrogarlas posteriormente.

El Examen Físico:

Fiebre: Suele estar presente y es un dato de máxima importancia, aunque con otro tipo de evidencia puede sentarse el diagnóstico sin necesidad de ella. La temperatura alta tiene implicaciones pronósticas (11).

Según Nicholson, el 27o/o de los abortos expontáneos tienen fiebre pero raramente es mayor de 38o.

La Presión Arterial: Suele ser normal o normal baja, a menos que haya inminencia de shock o shock patente. Hay que diferenciar si el shock es hemorrágico o séptico (respuesta a transfusiones con control de P.V.).

El Pulso: Suele estar elevado en desproporción a la pérdida sanguínea.

El Estado General: Es muy variable. Un buen porcentaje no presentan deterioro físico, sin embargo hay que observar particularmente lo siguiente:

a) Palidez de piel o mucosas (shock o anemia).

b) Temperatura de la piel (fría y pegajosa en shock).

c) Presencia de ictericia en piel o mucosas (Septicemia con abscesos hepáticos, Coagulación I.V., etc.)

d) Equímosis, petequias (sugestivos de coagulopatía).

e) Edema: fallo renal o shock séptico avanzado.

También, el estado de hidratación de mucosas, hora de última micción, etc. Es muy raro encontrar erosiones o contusiones por las supuestas "caídas" o golpes.

Una examen Físico Completo: para descartar otras posibilidades febriles.

El examen Abdominal cuidadoso, para ver altura uterina, presencia de rigidez, defensa o rebote sugestivos de extensión del proceso séptico o de perforación. Masas abdominales por abscesos en abortos de larga duración. Presencia o ausencia de ruidos abdominales.

El Examen Ginecológico: Suele mostrar, hemorragia de diferente coloración, que es fétida, aunque ésto no es necesario. Es muy fétida en infecciones por clostridios; a veces descarga purulenta.

Puede haber restos feto-placentarios en cérvix que deben extraerse con pinza de anillos (5). El cérvix puede estar cerrado en estadíos de aborto inminente, mucho más frecuente es hallarlo abierto y con signos de manipulación: razgaduras, huellas de pinza de Mouseaux, tenáculo. El cérvix friable y ulcerado (con apariencia de carcinoma) en aborto por jabón o detergentes. El útero suele ser algo doloroso a la palpación y de tamaño correspondiente al embarazo. Buscar crepitación uterina en casos de clostridios. Palpación cuidadosa de parametrios y anexos en busca de masas o abscesos. Si el fondo de saco de Douglas está abombado, hacer culdocentesis (en ocasiones se encuentra jabón) (15).

En experiencia propia, hemos encontrado casos con señales de esparadrapo en el muslo recién despegado, ó "curitas" en el sitio donde se ha fijado la sonda de Foley para la dilatación cervical, debe buscarse en los casos de sospecha.

Debe aprovecharse para tomar frotes para coloración de Gram y cultivos para aerobios y anaerobios, en el momento de estar la paciente en posición ginecológica.

Hecho el diagnóstico debe clasificarse a la paciente en tres grados, según la extensión del proceso, según Ostergard (25).

I. Infección Limitada al Utero.

II. Infección Limitada a la Pelvis.

III. Infección diseminada fuera de la Pelvis.

Esto sirve para sentar el pronóstico, pues se sabe que mientras más avanzado esté el proceso mayor será la mortalidad y morbilidad.

Importante es también, detectar a las pacientes de alto riesgo para un monitorizaje más adecuado, según Gordon (15). Se considera alto riesgo en las siguientes condiciones (una o más):

1) **Abortos infectados de más de 10 semanas de gestación.**
2) **Pérdida hemorrágica escasa por Historia o Exámen físico.**
3) **Dolor Abdominal o Pélvico Intenso.**
4) **Hiperpirexia de más de 40º centígrados.**
5) **Gram Negativos en Frote Cervical o Clostridios.**
6) **Ducha Intrauterina por Historia o Examen físico.**
7) **Excreción Urinaria baja.**

H) **MANEJO, DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO:** (6,11,15,17,18,20,23,25,28).

Exámenes de Laboratorio: Gram y Cultivo de cérvix y cavidad endometrial para aerobios y anaerobios, hemocultivo para aerobios y anaerobios.

Recuento y fórmula, hemoglobina, hematocrito, sedimentación, orina, química sanguínea: creatina, urea, nitrógeno de urea, Rayos X de abdomen y tórax.

El 95o/o de las pacientes, según Santa Marina (28), evolucionarán bien con antibióticos y legrado. El 5o/o restante presentarán complicaciones, como lo son: Shock Séptico, Abscesos tubo-ováricos, Pelvi-peritonitis, Peritonitis, Fallo Renal, Síndrome de Coagulación Intravascular diseminado, otras, como es Tromboflebitis de los vasos uterinos, abscesos metastásicos, etc.

Antibióticos: Los regímenes antibióticos más usados actualmente son: **Penicilina Cristalina,** 10 millones de unidades I.V. Inicial y 5 millones cada 3H. asociado con **Cloranfenicol,** un gramo I.V. inicial, y 0.5 gramo cada seis horas. Otro régimen igualmente efectivo (26) es, **Cefalotina** en dosis de 2 gramos cada 6 horas I.V., y **Kanamicina** en dosis de 15 miligramos por kilogramo de peso en 24 horas fraccionado en dosis cada 8 horas, I.M. Si la paciente es alérgica a la penicilina puede utilizarse este último régimen, pero con precaución, pues puede haber reacción alérgica cruzada entre penicilina y cefalotina. Se ha comprobado, según Ostergard (25), que estos regímenes masivos de antibióticos disminuyen la incidencia de complicaciones y el tiempo de hospitalización. Hay autores que asocian **estreptomicina** a cualquiera de los regímenes anteriores, de 0.5 a 1 gramo cada 12 horas (15, 20).

Hay acuerdo en utilizar los antibióticos intravenosamente hasta las 24 horas de estar la paciente afebril y el útero vacío. Luego pasan (23) a penicilina procaína 1.2 millones I.M. cada 12 horas, Cloranfenicol 0.5 gramo I.M. cada 6 horas y Estreptomicina 0.5 gramo I.M. cada 12 horas hasta el día de egreso en que la paciente egresa con antibióticos por vía oral hasta completar de 8 a 10 días. Si la paciente es alérgica a la penicilina puede utilizarse Lincomicina, Eritromicina o Tetraciclina.

Legrado: El tiempo en que debe realizarse el legrado es muy discutido entre los autores. Hay quienes opinan (23) que hay que esperar hasta 12 a 24 horas de estar la paciente afebril; otros dicen (17) que debe evacuarse el útero cuanto antes, tan pronto como los signos vitales sean estables. Otros (15) que después de 6 a 8 horas de antibióticos. Otros (17) afirman que no importa cuántas horas de tratamiento antibiótico hayan pasado al efectuar el legrado. Nos parece más lógica la conducta agresiva, en cuanto a legrar lo antes posible siempre y cuando la paciente esté "bañada" en antibióticos. Deben de legrarse todos los abortos sépticos (21,23) aunque hayan sido considerados abortos completos al ingreso.

Se recomienda también el uso de oxitócicos (23) desde el ingreso, sobre todo en pacientes con embarazo de más de 10 semanas.

En todas las pacientes debe vigilarse estrechamente la excreta urinaria por hora, por lo menos en las primeras 12 horas de hospitalización, pues es el tiempo más crítico en el cual puede presentarse hipotensión a la cual precede oliguria varias horas antes, o insuficiencia renal. Así como controles de presión arterial, pulso y temperatura cada hora (11).

Debe hacerse uso de transfusiones según los valores de hemoglobina y hematocrito.

Las pacientes detectadas como ALTO RIESGO o grados II y III, así como pacientes con shock inminente o patente deben tener manejo más agresivo y el monitorizaje más estrecho (23,25,28). Se aconseja:

1) Catéter a la Vena Cava o Aurícula derecha;

2) Sonda de Foley y control de excreta cada hora (mínimo 30 mililitros por hora);

3) Con calidad de Urgente, los siguientes exámenes: hemoglobina, hematocrito, recuento y fórmula, recuento de plaquetas, sedimentación, urea, creatinina, orina y controles cada 4 horas de ácido láctico en sangre arterial y hematocrito;

4) Estudio bacteriológico igual. El Gram debe ser leído de inmediato;

5) Rayos X de abdomen de pie y tórax (buscar aire libre en cavidad abdominal, cuerpos extraños, gas en cuerpo uterino).

6) Formación y calidad de coágulo, dosificación de fibrinógeno si hay duda;

7) Control de presión venosa central, flujo urinario y presión arterial cada media hora;

8) Antibióticos (23) 80 a 100 millones de unidades de penicilina cristalina, cada 24 horas, 6 a 10 gramos de Cloranfenicol cada 24 horas fraccionados ambos en dosis cada 4 horas, estreptomicina 1 gramo cada 12 horas I.M.;

9) Transfusiones y Hartman según presión venosa central, mantenerla en 12 cm. de H_2O;

10) Si la excreta urinaria se mantiene baja usar Manitol 12.5 gramos via I.V. y/o Fursemide 80 a 100 miligramos para evitar necrosis de membrana tubular basal;

11) El legrado en 6 horas o antes;

12) Oxitócicos;

13) Después del legrado o el inicio de antibióticos suele haber un descenso de la presión arterial que debe ser pasajero. Esto es por la destrucción de bacterias y tejidos;

14) Si la fiebre no baja en un tiempo prudencial, esto sugiere la presencia de absceso o los antibióticos no han sido eficaces, en tal caso cambiar Cloranfenicol por Kanamicina según excreta urinaria o dar Ampicilina 1 gramo cada 2 horas o Cefalotina 1 gramo I.V. cada 2 horas o utilizar Gentamicina y Carbenicilina. Esto sobre el supuesto de que debe considerarse primero la sensibilidad antibiótica del gérmen; si hay Absceso Drenaje Inmediato.

15) Si la presión arterial, presión venosa y excreta urinaria no mejoran, se da Succinato de Hidrocortisona en dosis de 600 a 1,200 miligramos, e Isoproterenol o Metaproterenol (10), el primero a razón de 1 a 2 microgramos por minuto y el segundo de 0.01 a 0.005 miligramos por minuto. Hay que tratar de mantener la presión arterial en 20 mm. bajo lo normal, por lo menos. El pulso en menos de 150 por minuto, pues existe el peligro de fibrilación. Está indicado el monitorizaje con electrocardiograma para prevenir Isquemias y/o arritmias (12);

16) Está indicada la Laparatomía con Histerectomía y Salpingoforectomía Bilateral y drenaje vaginal adecuado en pacientes que no mejoran con terapia médica y legrado. En la actualidad se enfatiza el uso de cirugía radical en casos en que el tratamiento médico no mejore (17,23,28).

17) Debe de hacerse uso de Heparina en casos de Coagulación intravascular en dosis de 1,000 a 2,000 unidades cada una o dos horas por vía I.V. (8).

18) En casos con gangrena gaseosa, es útil la antitoxina antigangrenosa polivalente, 4 viales de inicio y 2 cada 6 horas previa prueba de sensibilidad (30). Es útil también el oxígeno hiperbárico (30).

19) Se utiliza también Antitoxina Tetánica en casos de sospecha de tétanos.

20) Hay discusión sobre si corregir o no la acidosis con bicarbonato. Algunos (28) abogan por no hacerlo pues la usan como parámetro de mejoría clínica. Otros (12,23) abogan por tratarla, así como O_2 constante.

21) La Hemodiálisis tiene su indicación en necrosis tubular con elevación de los cuerpos nitrogenados (5).

CAPITULO II

NUESTRA CASUISTICA

A) MATERIAL Y METODO:

Los casos para este estudio fueron tomados del libro de legrados del servicio Séptico de la Maternidad del Hospital General, únicamente los casos con diagnóstico post operatorio de Aborto Séptico.

Se revisó desde el 1o. de septiembre de 1971 al 31 de septiembre de 1972, obteniendo un total de 101 casos comprobados, y documentados adecuadamente. Hubo que descartar varios casos por varias razones, como lo fué, la ausencia de papeletas o haber errores en la anotación del diagnóstico. El número estudiado fue el que se obtuvo después de descartar los mismos.

Hubo cinco fallecimientos durante el tiempo del estudio anotados en el libro de egresos como abortos sépticos y una paciente egresó en estado agónico. Solo se obtuvo 4 papeletas de los fallecidos y uno hubo que descartarlo por no ser aborto séptico, y se tomó el egreso agónico como fallecido en el servicio para nuestro estudio.

Se revisaron 101 papeletas extrayendo los siguientes datos:

1) Nombre
2) Historia Clínica
3) Edad
4) Estado Civil
5) Grupo Etnico
6) Origen
7) Residencia
8) Oficio u Ocupación
9) Paridad
10) Hijos vivos

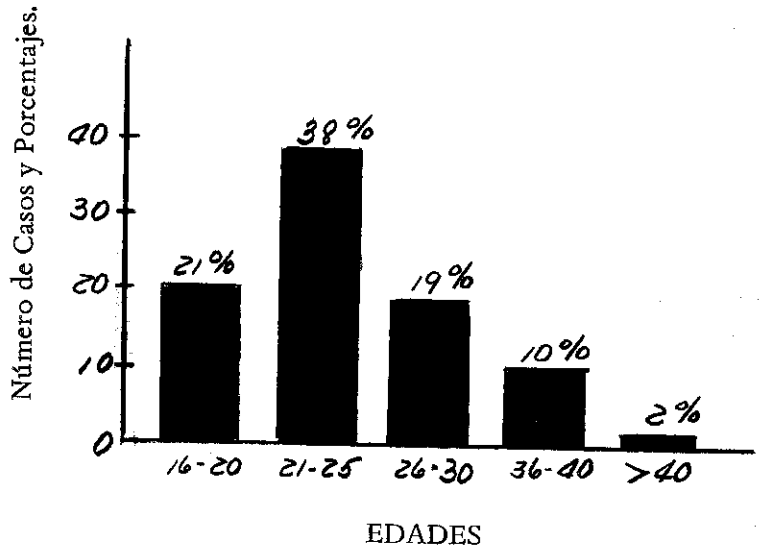
11) Abortos Previos
12) Días de hemorragia
13) Síntomas Principales
14) Tiempo de Amenorrea
15) Historia o evidencia física de manipulación
16) Causa desencadenante de Aborto según paciente
17) Por quién fue manipulada
18) Presión Arterial de ingreso.
19) Temperatura de ingreso
20) Pulso de ingreso
21) Datos del Examen Físico General
22) Presencia de dolor abdominal por palpación
23) Fetidez de Loquios
24) Estado de apertura de orificios cervicales
25) Cantidad de hemorragia por examen físico
26) Hemoglobina de ingreso
27) Recuento de Glóbulos Blancos al ingreso
28) Sedimentación de ingreso
29) Gram de cérvix
30) Cultivos de cérvix y sangre
31) Tratamiento antibiótico
32) Complicaciones
33) Condiciones de egreso
34) Días de hospitalización
35) Observaciones

Nota: para las relaciones percentuales se aproximará el total de casos a 100 con el fin de simplificar el procesamiento y obviar decimales sin importancia estadística.

B) RESULTADOS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

1) EDAD:

GRAFICA No. 1



78o/o de las pacientes entre los 15 y 30 años.
38o/o de las pacientes entre 21 y 25 años.
Promedio de edad: **19.14 años**

En nuestra serie 57o/o de las pacientes está en la 3a. década de la vida, en el estudio de Douglas (11) el 66o/o.

La edad media aquí es 19.14 años, mientras que en el grupo de Corti (9) en Italia es de 33 años.

Al igual que en el estudio de Gallardo (13) en 100 abortos tratados en I.G.S.S. en 1969, la mayor incidencia fue 20-25 años.

Nuestra serie es más joven que la de Armijo (3) en la que predomina el grupo de 20 a 34 años. En E.E.U.U. (24) 67o/o son de 25 a 35 años.

En el estudio de Chang (7) 67o/o de sus pacientes por aborto en general en 1961 tenían de 15 a 30 años. El nuestro es 11o/o más (nos preguntamos si esto se debe a la diferencia de 10 años 1961-1971, o la incidencia de aborto séptico es mayor en grupos mas jóvenes).

Se concluye que la edad promedio es más baja en nuestro medio y la incidencia es mayor entre 15-30 años.

2) ESTADO CIVIL:

UNIDA:	90o/o
SOLTERA:	8o/o
CASADA:	3o/o

En E.E.U.U. (24) el 90o/o son casadas. Según Armijo (3) es más frecuente en casadas, la misma afirmación en el estudio de Gallardo (13).

En nuestro grupo obviamente predominan las pacientes con unión de hecho.

3) GRUPO ETNICO:

LADINA:	96o/o
INDIGENA:	4o/o

Se concluye que el aborto séptico es mucho menos frecuente en Indígenas.

4) LUGAR DE ORIGEN:

Originarias de los departamentos: 58o/o (14o/o residen en Deptos.)

Originarias de la Ciudad de Guatemala: 42o/o

Llama la atención que la incidencia sea mas o menos igual (42o/o y 44o/o) entre inmigrantes al ambiente urbano y las originarias del mismo.

5) LUGAR DE RESIDENCIA:

14o/o fueron traídas de los departamentos por la enfermedad actual.

86o/o residen en esta capital. Más o menos igual proporción en las zonas capitalinas 1, 3, 5, 6, sin predominancia en ninguna zona. Se podría pensar, que el nivel socio-económico mejor de la zona 1 podría hacer variar la proporción.

6) OCUPACION:

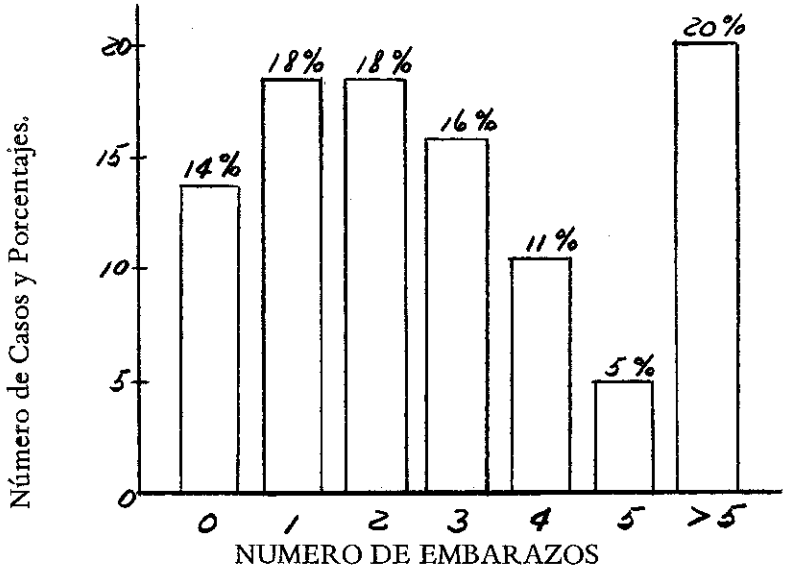
89o/o Amas de Casa
8o/o Domésticas

Resto diversos oficios humildes (tortillera, lavandera). Según Gallardo (13) 72o/o tenían oficios domésticos. En nuestro grupo fue mayor. El resto en ese estudio fueron modistas 12o/o, dependientes en comercios 8o/o, auxiliares de enfermería 6o/o.

En nuestro grupo, indica mayor dependencia económica del conviviente. Las domésticas mayor dependencia del trabajo. Según Armijo (3) el 57o/o de los embarazos en domésticas terminan en Aborto Provocado.

7) PARIDAD

GRAFICA No. 2



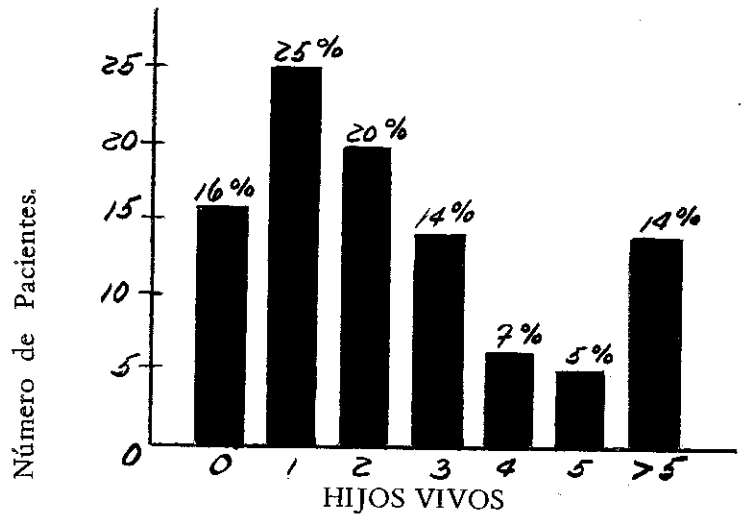
0 embarazos en el 14o/o
1-3 embarazos en el 52o/o
más de 5 embarazos en el 20o/o. Máximo: 12 embarazos.

En el estudio de Chang (7) hay una incidencia similar de paridad, aunque en nuestro grupo es mayor el número de más de 5 embarazos. Según Gallardo (13) 22o/o han tenido 2 embarazos. Según Armijo (3) el aborto séptico es más frecuente en familias numerosas.

Se concluye, que hay más o menos la misma paridad que en el estudio de Chang hace 10 años y que la paridad tiende a ser múltiple en el aborto séptico aquí estudiado.

8) HIJOS VIVOS:

GRAFICA No. 3



0 hijos vivos 16o/o
1 a 3 hijos vivos 59o/o
más de 5 hijos vivos 14o/o. Máximo: 11 hijos vivos.

En cuanto al grupo 0 hijos vivos nuestro estudio da datos similares al de Chang (7). En el grupo de 1 y 2 hijos vivos la diferencia es más marcada siendo de 35o/o en su estudio y 45o/o en el nuestro. En el grupo de 5 hijos vivos la incidencia es similar.

Se concluye que hay mayor incidencia de 1 a 3 hijos vivos en este estudio de aborto séptico.

9) ABORTOS PREVIOS:

0 abortos previos:	en el 61o/o de los casos.
1 aborto previo:	en el 23o/o de los casos.
2 abortos previos:	en el 8o/o de los casos.
3 abortos previos:	en el 2o/o de los casos.
más de 3 abortos previos:	2o/o de los casos.
1 aborto séptico previo:	en el 3o/o de los casos.
3 abortos sépticos previos:	en el 1o/o de los casos.

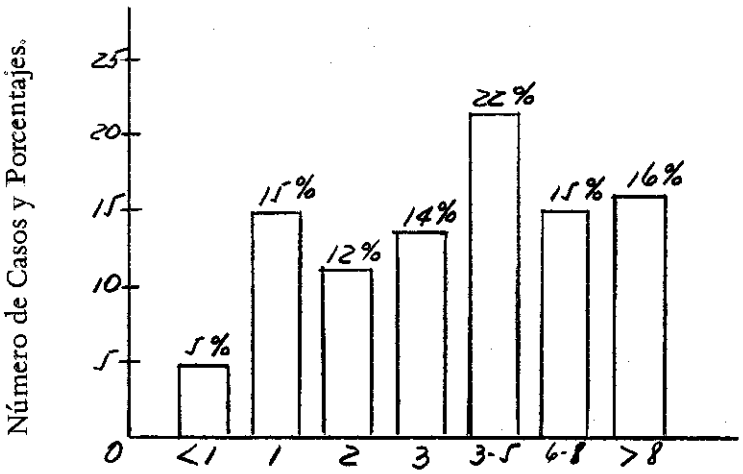
En el 39o/o de nuestro grupo han tenido abortos previos. 4o/o han tenido abortos sépticos previos lo cual indica que en esta serie se hallan abortadoras a repetición que utilizan el mismo como medio de control de natalidad.

Armijo (3) hace ver esta característica de abortadoras a repetición pero la incidencia en nuestra serie es mucho mayor.

Se concluye que en nuestra serie una buena proporción de pacientes usa el aborto como un medio de control de natalidad. Casi 2/5 partes.

10) DIAS DE HEMORRAGIA:

GRAFICA No. 4



DIAS DE HEMORRAGIA

Máximo tiempo de hemorragia referido: 1 mes
Menor tiempo de hemorragia referido: 6 horas.

En nuestra serie el 22o/o consultaron entre 3 y 5 días de aparición de hemorragia. El resto se distribuye más o menos homogéneamente desde el primer día hasta más de 8 días.

Según Douglas (11) 88o/o de su serie tenían 3 días o menos de hemorragia. Según Lorincz (20) la mayoría tenía entre 2 y 4 días. En nuestro grupo se ve que los días de hemorragia son muy variables, sólo se nota una ligera tendencia a consultar entre el 3o. y 5o. día, pero esta es poco marcada.

11) SINTOMAS:

a) Hemorragia: en el 92o/o de los casos.
b) Dolor abdominal bajo, referido: en el 49o/o de los casos.
c) Expulsión de restos y/o feto: en el 45o/o de los casos.
d) Fiebre: en el 36o/o de los casos.
e) Accidente: en el 22o/o de los casos.
f) Manipulación: en el 15o/o de los casos.
g) Coágulos: en el 10o/o de los casos.

Hemorragia: en el 8o/o de los casos la paciente no refirió hemorragia en la historia. En el 4o/o de los casos no la había en el examen físico. Esto se considera criterio de alto riesgo (15).

Dolor: aproximadamente la mitad acusó dolor en la historia, siendo esto criterio de alto riesgo cuando el dolor es severo.

Expulsión de restos y/o feto: el 45o/o por historia aunque en el 88o/o el cérvix estaba abierto y el aborto era incompleto.

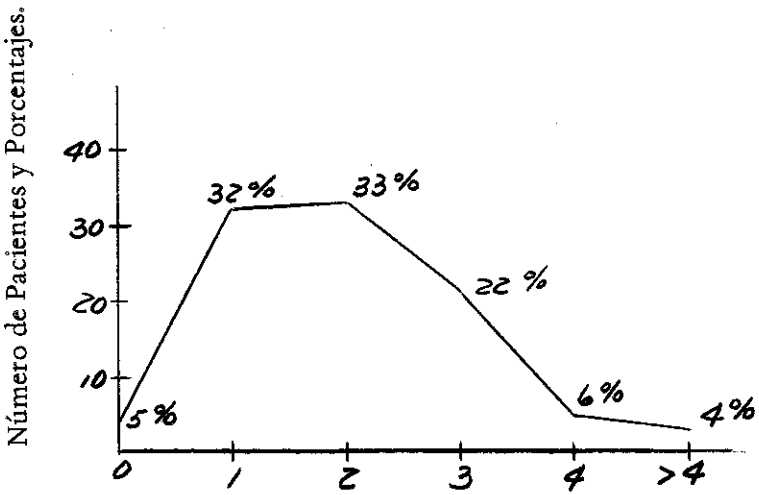
Fiebre: el 36o/o la refirió y el 89o/o la presentaba.

Accidente: 22o/o refirió caídas o haber sido golpeadas en el abdomen, sin embargo ninguna presentó erosiones u otros signos de traumatismos.

Manipulación: referido en el 15o/o de nuestra serie, según Moritz (23) en un tercio y según Douglas (11) en el 46o/o dan historia positiva. Es marcadamente inferior en este grupo. Esto puede ser debido, a que no se interroga con suficiente insistencia o porque debido al nivel cultural bajo de nuestras pacientes y el temor a sufrir acusación judicial las hace más resistentes a confesar la manipulación aunque sus vidas corran peligro.

12) TIEMPO DE AMENORREA:

GRAFICA No. 5



No referían Amenorrea:	5o/o
Desconocen última regla:	4o/o
1 a 3 meses exclusive:	65o/o
entre 3 y 4 meses de embarazo:	22o/o
más de 4 meses de embarazo:	4o/o
Máxima edad de embarazo:	29 semanas.

87o/o de las pacientes en el primer trimestre y el segundo trimestre temprano al igual que en la serie de Ostergard (25). 32o/o fueron embarazos de más de 12 semanas que, según Gordon (15), es criterio de alto riesgo.

Se concluye que un tercio de los abortos en nuestra serie se realizaron en el 2o. trimestre siendo éstos considerados por edad de embarazo, de alto riesgo.

13) HISTORIA DE MANIPULACION:

15o/o de los casos dieron historia de manipulación.

6o/o había signos físicos obvios de manipulación, fuera de las que dieron historia.

La manipulación fue realizada: en 7 casos, más o menos el 50o/o, por comadronas.

No especificado: en 5 casos; 33o/o
Autoinducido: en 2 casos; 13.3o/o
Por enfermera: en 1 caso; 6.5o/o
Por médico: en 1 caso; 6.5o/o

En 21o/o de los casos fue indudable la interferencia criminal por historia y examen físico.

De los casos confesos 50o/o fue realizado por una comadrona (empírica o graduada). En Estados Unidos (24) las comadronas efectúan el 19o/o a 20o/o de los abortos provocados. En el 13.3o/o fueron autoinducidos. En Estados Unidos (24) del 6o/o al 30o/o. Por médico en el 6.5o/o de los casos. En Estados Unidos (24) del 50o/o al 75o/o de los casos.

14) CAUSA PRECIPITANTE DE ABORTO SEGUN REFERIDO POR LA PACIENTE:

Caída: en el 20o/o de los casos.
Manipulación: en el 15o/o de los casos.
Enojo: 3o/o de los casos.
Levantar peso: 2o/o de los casos.
Haber sido golpeada: 2o/o de los casos.
Tomó cerveza: 1o/o de los casos.
Purgante: 1o/o de los casos.
Eclipse: 1o/o de los casos.

Caída: según Douglas (11) la mayoría de su serie refirió caída de gradas o golpe en el abdomen. En nuestra serie 20o/o reportó caída y 2o/o haber recibido golpe abdominal.

En nuestra serie fue una caída, la causa inculpada más frecuentemente por la paciente.

15) PRESION ARTERIAL AL INGRESO:

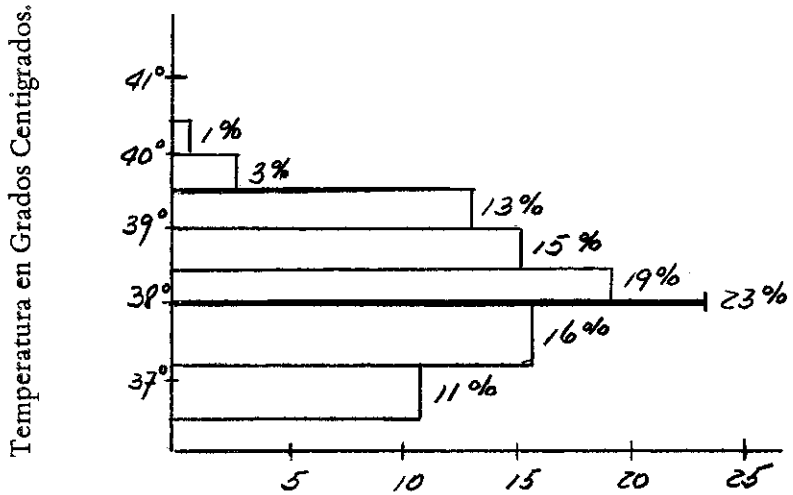
Normotensa: en el 78o/o de los casos.
Presión arterial igual o menor de 100/60: 22o/o de los casos.

Presión arterial igual o menor de 80/50: 4o/o de los casos.
Presión arterial más baja registrada al ingreso: 60/40.

En el estudio de Douglas (11) el 70o/o eran Normotensas al ingreso (serie de Hipotensión por Aborto Séptico). 30o/o eran menores de 100/60. En nuestra serie 22o/o. En el 4o/o de nuestros casos se presentó shock inminente o patente.

16) TEMPERATURA DE INGRESO:

GRAFICA No. 6



PERCENTILES NUMERO DE PACIENTES

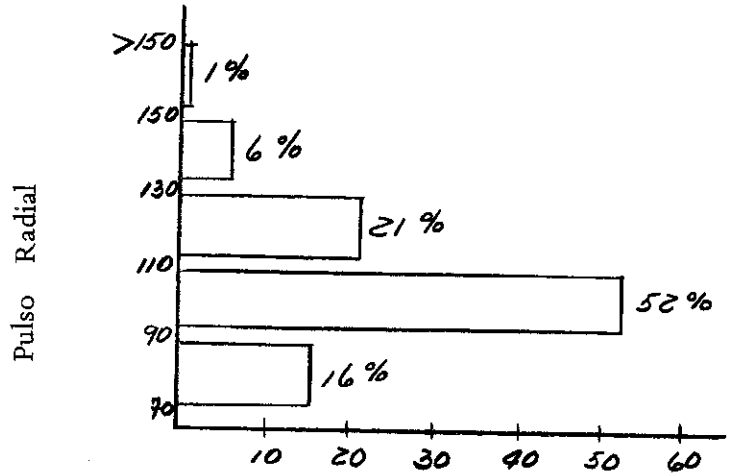
89o/o se mostraron febriles al ingreso.
11o/o afebriles o hipotérmicas.
23o/o con temperatura de 38°C.
57o/o con temperatura de 38°C. a 39°C.

En nuestra serie 17o/o presentó temperatura arriba de 39°C.

La temperatura más frecuente fue de 38°C., de acuerdo con lo expresado por Ostergard (25).

17) PULSO:

GRAFICA No. 7



NUMERO Y PORCENTAJES DE PACIENTES

16o/o de 70 a 88 x'
52o/o de 90 a 110 x'
73o/o de 90 a 130 x'

La mitad de nuestros casos tuvieron pulsos de 90 a 110 y 3/4 partes de 90 a 130.

18) EXAMEN FISICO GENERAL:

Condición general:

Buena condición general: 14o/o
Mala condición general: 17o/o
Regular condición general: 6o/o
En 63o/o no se anotó condición general.
15o/o de las pacientes se notaron quejumbrosas y pálidas.

Al examen abdominal:

Masa abdominal en 3o/o (hipogastrio)

Ruidos intestinales disminuidos : en 3o/o

Dolor abdominal leve al palpación : en 65o/o

Se encontró buenas condiciones generales en el 14o/o de las pacientes. Aunque esta proporción puede ser mayor pues en el 63o/o no se anotó.

El 17o/o mostraba malas condiciones generales, mostrándose pacientes quejumbrosas y pálidas en el 15o/o.

No se reportó abdómenes con irritación peritoneal franca en esta serie aunque la palpación de hipogastrio fue dolorosa en el 65o/o de los casos.

19) HEMORRAGIA VAGINAL AL EXAMEN FISICO:

Hemorragia fue moderada:	en el 38o/o de los casos.
Hemorragia fue abundante:	en el 27o/o de los casos.
Hemorragia fue escasa:	en el 31o/o de los casos.
No hubo hemorragia:	en el 4o/o de los casos.

65o/o mostró hemorragia de moderada a abundante. Según Molina (22) 50o/o de las pacientes fallecidas por aborto, fallecen por hemorragia, y el 50o/o por sepsis.

35o/o de escasa a ninguna siendo este un criterio de alto riesgo (15).

20) FETIDEZ DEL FLUJO:

70o/o mostró fetidez.
30o/o flujo no fétido.

Según Moritz (23) todos sus casos dieron restos fétidos. Las razones de esta diferencia podrían ser varias: Criterio de fetidez (?), Flora Bacteriana, Etapa Evolutiva.

Probablemente no haya descarga útero-vaginal inodora.

21) ORIFICIOS CERVICALES:

Ambos Orificios Abiertos:	88o/o de los casos.
Orificio Interno Cerrado:	10o/o de los casos.
Ambos Orificios Cerrados:	2o/o de los casos.

En el 12o/o mostró orificio interno cerrado, probablemente en estos casos solo se haya realizado punción ovular con sepsis secundaria. Según Moritz (23) el 40o/o de su serie fueron "amenazas de aborto infectadas" (?).

22) SIGNOS DE MANIPULACION:

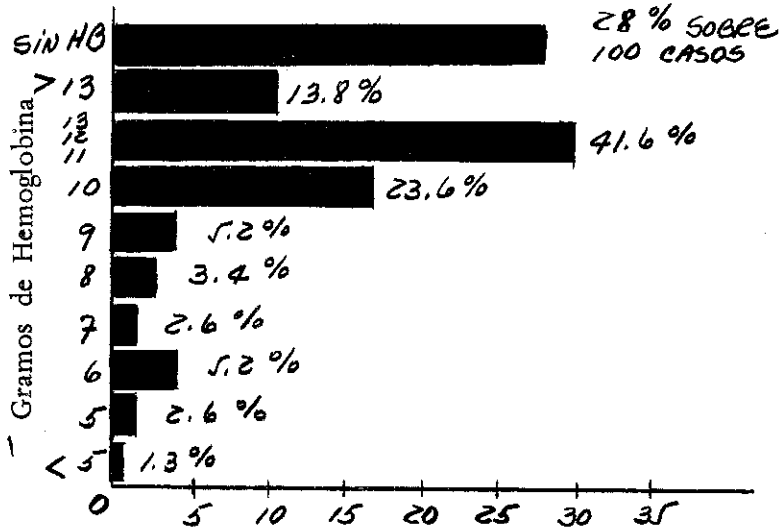
Presentes en el 8o/o de los casos.
En 6o/o única evidencia de interferencia.

Estos variaron de cérvix lacerado o huellas de pinzas o tenáculo. No se encontró en esta serie cuerpos extraños en útero o vagina.

En 13 de los 15 casos que refirieron manipulación no mostraban lesiones en el cérvix. Esto podría ser por existir estas en el labio posterior y no se buscaron ó por haber sido manipuladas sin fijar el cérvix (suponemos que esto debe requerir bastante habilidad), pero sentimos que es mucho mas fácil introducir flora vaginal al útero.

23) HEMOGLOBINA DE INGRESO:

GRAFICA No. 8



Porcentaje sobre 72 pacientes.

Más de 10 gramos en el 65.2o/o de los casos.

En el 55.4o/o podría considerar hemoglobina normal para nuestro medio, pero esto puede ser debido a hemoconcentración.

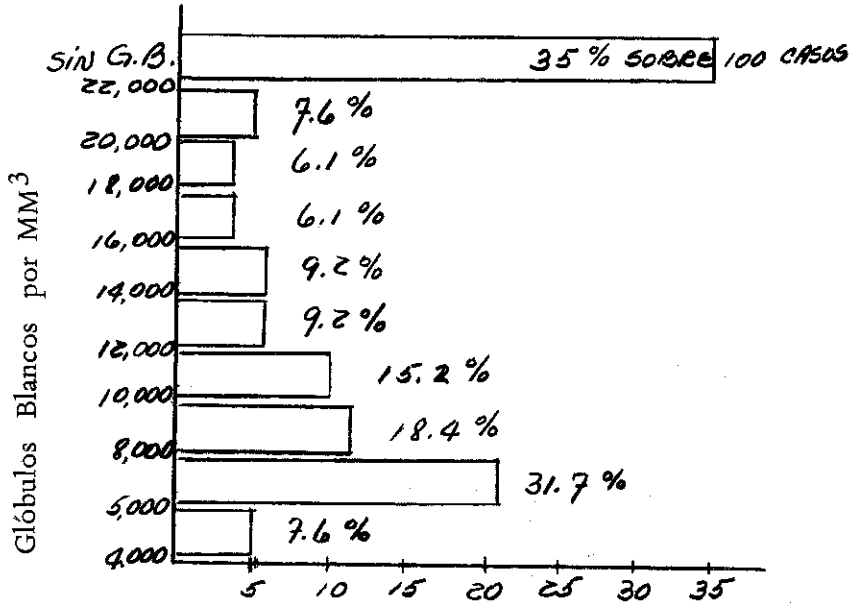
El 20.8o/o presentaban anemia, siendo en el 11.7o/o de importancia.

Según Douglas (11) el 88o/o de sus casos tenían 9 gramos de hemoglobina.

28o/o del total de casos no tuvieron dosificación de hemoglobina. Lo cual es señal de descuido ó exceso de confianza de parte de quienes manejaron estos casos.

24) GLOBULOS BLANCOS, RECUENTO EN EL INGRESO:

GRAFICA No. 9



Porcentajes sobre 65 casos.

Hubo leucopenia en el 7.6o/o. Esta ha sido reportada (5,6) debido a toxinas Gram Negativas que producen depresión Granulocítica inicial seguida por un fenómeno de rebote hacia la leucocitosis posteriormente.

50o/o no mostraron alteración en el recuento, esto podría ser debido a depresión leucocitaria o estadíos iniciales de leucocitosis de rebote.

32o/o presentaron leucocitosis de importancia, más de 12,000 glóbulos blancos.

13.7o/o más de 16,000 glóbulos blancos.

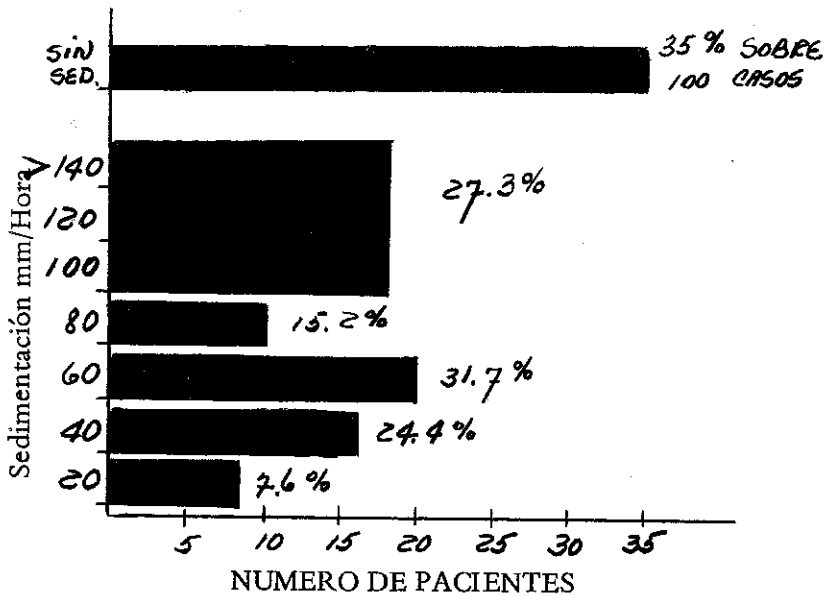
Según Moritz (23) uno de sus criterios diagnósticos es leucocitosis de arriba de 15,00. Esto no se confirma en nuestra serie. Según Douglas (11) el recuento puede variar de 2,300 a 32,000.

El 35o/o de los casos no tuvieron recuento leucocitario, por descuido o por exceso de confianza de parte de quienes manejaron estos casos.

Se concluye que la leucocitosis no es hallazgo necesario en el aborto séptico. En el 50o/o de nuestros casos no varió este número de la cifra normall. Debe interpretarse la fórmula leucocitaria para mejor evaluación.

25) SEDIMENTACION GLOBULAR AL INGRESO:

GRAFICA No. 10



Porcentajes sobre 65 casos.

32o/o no presentaban alteración marcada de la sedimentación, para el estado de embarazo en pacientes mujeres.

74.2o/o presentan sedimentación superior a 40 mm la hora.

42.5o/o presentan sedimentación mayor de 60 mm la hora.

Se concluye que hay elevación anormal de la sedimentación en esta serie. 35o/o del total de casos tampoco tuvieron estimación de la velocidad de sedimentación.

26) BACTERIOLOGIA:

Frote Cervical, Tinción de Gram: solo **9o/o** de los pacientes tienen frote cervical en esta serie. 2 pacientes tuvieron 2 frotes.

Diplococos Gram Negativos: 3o/o
Bacilos Gram Negativos: 3o/o
Cocos Gram Positivos: 3o/o

El porcentaje de casos con frote cervical es muy bajo lo cual denota un interés diagnóstico pobre, o simplemente falta de costumbre en utilizar este recurso. Se argumenta falta de exactitud o inadecuación del laboratorio y la aportación de datos que confunden al Clínico, pero sería muy provechoso que el Clínico viera los frotes o exigir mayor adecuación al laboratorio.

En el frote cervical se detecta (30,11) Clostridium Welchii en el 24o/o de los casos. En casos con hipotensión se detectan Gram Negativos en el 50o/o de los casos.

El Gram cervical orienta a la terapéutica en una forma más científica, aunque no sustituye al cultivo, es una gran ayuda.

De los resultados de los Gram de esta serie no se pueden sacar conclusiones con valor estadístico.

27) CULTIVOS DE CERVIX:

Efectuados en el **3o/o** de las pacientes.

Cándida Albicans: en 1o/o.
Estafilococo Blanco Coagulasa Negativa: en 1o/o
Difteroides: en 1o/o.

De los cultivos, lo mismo que para los frotes. En cuanto a que no se confía en ellos. Pero nuestra obligación es tomarlos y exigir al laboratorio una mayor adecuación.

Debe sembrarse en el momento de tomarlos ya que de otra forma pueden pasar horas hasta que son llevadas al laboratorio. Debe cultivarse tanto aerobios como anaerobios.

Los cultivos en esta serie son probablemente contaminantes.

Otros cultivos: 4o/o de las pacientes tuvieron hemocultivo.

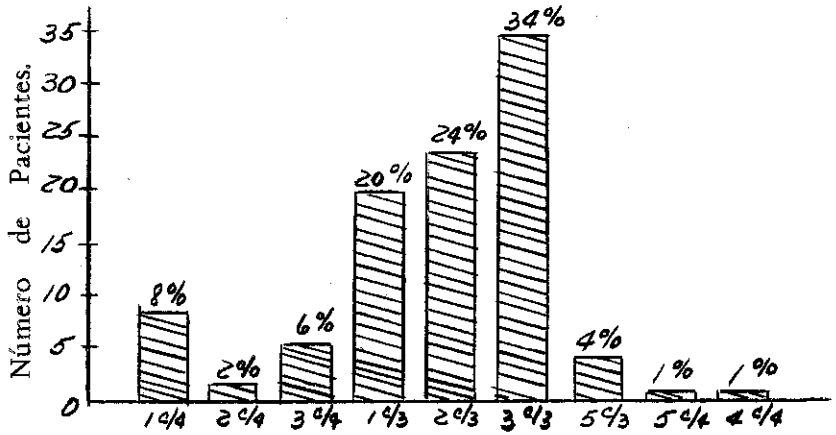
Klebsiela: en 1o/o
Colibacilo: en 1o/o
Hemocultivos Negativos: en 2o/o

Los hemocultivos tambien fueron muy escasos y se insiste respecto de ellos por las mismas razones.

Los dos hemocultivos positivos mostraron septicemias a Gram Negativos.

28) ANTIBIOTICOS:

GRAFICA No. 11



A) **Penicilina Cristalina:**

16o/o utilizaron dosificaciones cada 4 horas.
78o/o utilizaron dosificaciones cada 3 horas.

Dosis total Diaria.

8o/o 6 millones cada 24 horas.
20o/o 8 millones cada 24 horas.

24o/o 16 millones cada 24 horas.
34o/o 24 millones cada 24 horas.
4o/o 40 millones cada 24 horas.

Se dió penicilina procaína a todas las pacientes de este grupo a su egreso.

Predominó la dosificación cada 3 horas que consideramos adecuada, pues da una curva ascendente en niveles antibióticos. Sin embargo sólo el 38o/o siendo, el grupo de mayor dosificación recibió las cantidades mínimas de penicilina usadas actualmente por la mayoría de los autores (11,23,26,28,30.)

Se cree que debe utilizarse como mínimo 40 millones de unidades via I.V. cada 24 horas, fraccionada en cada 3 horas en todos los casos, para prevenir complicaciones y acortar el tiempo de hospitalización (25).

B) **Cloranfenicol:** Se utilizó en el 34o/o de los casos.

En 29o/o: 0.5 gramo I.V. cada 6 horas.
En 5o/o: 0.25 gramo I.V. cada 6 horas.

El uso de este antibiótico ha sido limitado a un tercio de los pacientes. Conviene usarlo más ampliamente pero con precaución en los casos de Leucopenia y efectuar controles cada 2 días de recuento, reticulocitos y/o plaquetas como parámetros para detectar depresión medular. Actualmente se indican dosificaciones mucho mayores del orden del 6 a 10 gramos cada 24 horas en casos graves (23).

C) **Ampicilina:** Se utilizó en el 3o/o de los casos en dosis de 0.5 gramo I.V. cada 6 horas.

D) **Kanamicina, Eritromicina, Cefalotina** en 1o/o de los casos cada una. **Garamicina** en 2o/o, **Tetraciclina** I.V. en 5o/o de los casos.

Hubo un caso que fue dejado sin antibiótico por error de omisión. No hubo complicación alguna.

29) LEGRADO:

100o/o de los casos.

30) COMPLICACIONES:

MORTALIDAD:	**3.89o/o (sobre 101 casos).**
SHOCK SEPTICO:	**3.89o/o (sobre 101 casos) Con mortalidad del 100o/o**
INFECCION PELVICA:	**6o/o (abscesos en trompas, ovarios, parametrios, pelviperitoniti**
INFECCION PULMONAR:	**4o/o**
ENDOMETRITIS CRONICA:	**4o/o**
SHOCK HIPOVOLEMICO:	**3o/o**
HIPOTENSION PASAJERA:	**3o/o**
FALLO RENAL:	**3o/o**
NECROSIS CORTICAL RENAL BILATERAL:	**1o/o**
COAGULOPATIA DE CONSUMO (SINDROME DE COAGULACION INTRAVASCULAR):	**3o/o**
LESION HEPATICA SECUNDARIA:	**3o/o**

La MORTALIDAD en nuestra serie es **similar** a la reportada por otros autores (28).

La Incidencia de SHOCK SEPTICO es igualmente **similar** (23).

La MORTALIDAD POR SHOCK SEPTICO en nuestra serie es el **doble** de la reportada (3,20,23), 100o/o.

La incidencia de COMPLICACIONES, en general en nuestra serie fue de **15o/o** el **triple** de lo reportado por Santa Marina (23).

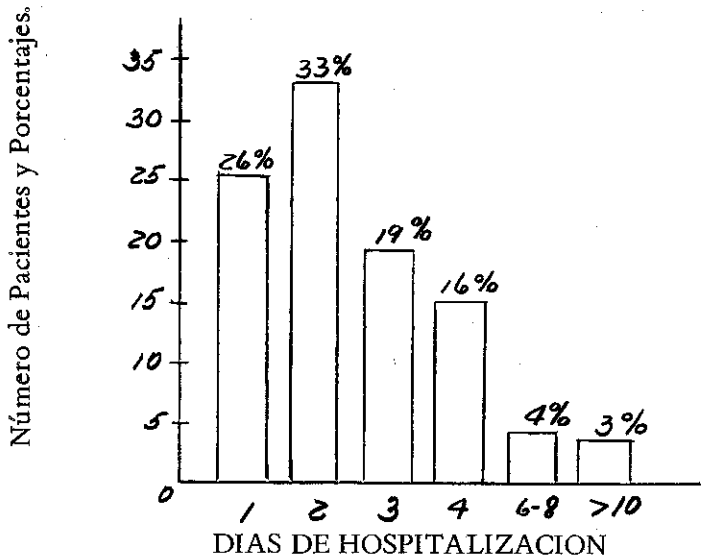
No está dentro de los alcances de este estudio el detectar complicaciones posteriores, por ejemplo: Esterilidad, Trauma Psicológico, etc.

31) CONDICION DE EGRESO:

MUERTA:	3o/o
AGONICA o no MEJORADA	1o/o
CURADA:	96o/o (Con tratamiento a completar en su casa)

32) DIAS DE HOSPITALIZACION:

GRAFICA No. 12



1 a 4 días:	93o/o
1 día :	26o/o
1 a 2 días	69o/o
más de 10 días :	4o/o

Se concluye que el 93o/o permanecen hospitalizadas 4 días o menos 2/3 entre 1 y 2 días. Promedio General: **3 días.**

C) FALLECIDAS:

CASO 1

M.R.Ch., paciente de 43 años, originaria de San José la Arada, residente en la Zona 6 de esta ciudad, de oficios domésticos, unida, madre de 6 hijos, gestas: 6, Párida: 6, Abortos: 0. Ingresa el 29-X-71 a las 10 horas a la emergencia de ginecología refiriendo historia de 11 semanas de amenorrea, con tres días de evolución de hemorragia profusa, expulsión de restos. Tos y fiebre de 24 horas de evolución. Antecedente de Salpingectomía hace 4 años por Embarazo ectópico. **Al examen físico,** se encontró paciente en mal estado general, tose constantemente, mas o menos hidratada. P.A. 80/70; P.R. 120 x'; temperatura 36.8o. Al examen pulmonar, estertores crepitantes en ambas bases con tendencia a la consolidación en base derecha.

El abdomen mostraba dolor a la palpación de hipogástrio, con útero de altura correspondiente a edad por UR.

El examen Ginecológico mostraba hemorragia vaginal abundante, fétida, ambos orificios abiertos.

Se ingresa con Impresión Clínica:

1) ABORTO INCOMPLETO
2) BRONCONEUMONIA
3) INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

Evolución: Se inició digitalización (no se registró Presión Venosa), se tomó Rayos X de Tórax que mostró infiltrado Bronconeumónico bilateral con consolidación basal derecha. La Hemoglobina fué de 13 gr., el Hematocrito de 45o/o, G.B. 18,600 Fórmula: Seg: 90o/o, Sed. 43 mm/h. Se estableció tratamiento con Penicilina Cristalina 2 millones de unidades I.V. cada 3 horas, dosis que se duplicó 3 horas mas tarde. Se agregó tambien Estreptomicina 0.5 gramo I.M. cada 12 horas, que se omite despues de la primera dosis, cambiando por Cloranfenicol

0.5 gramo I.V. cada 6 horas. Se inicia Hartman con Oxitócico. Tres horas después de su ingreso, se encuentra paciente con P.A. 0/0. Frecuencia cardíaca 140 x', pulso imperceptible, sumamente disneica. Se establece el diagnóstico de SHOCK SEPTICO.

Se inicia Levarterenol, se pasan 600 cc de sangre completa, se elevan dosis de antibiótico. Una hora mas tarde se efectúa legrado, con anestesia con Thalamonal, obteniendo abundantes restos placentarios fétidos, cérvix con señales de manipulación.

Se establece el Diagnóstico de:

1) ABORTO SEPTICO
2) SHOCK SEPTICO
3) BRONCONEUMONIA

Despues del legrado la Presión Arterial se eleva a 80/70, la FC: 120 x'. Tres horas despues del legrado persisten malas condiciones, la Presión Arterial cae a 0/0, aparece cianosis ligera, la FC es 160 x', hay ingurgitación yugular. Se efectúa consulta al departamento de Medicina (23 horas, 11 horas del ingreso) quienes encuentran antecedente de asma bronquial habiendo iniciado acceso ayer que cedió parcialmente con Brolipin. Encuentran Presión Venosa de 11 cm. y 13 a la compresión hepática. Rayos X del Tórax con proceso bronconeumónico con consolidación base derecha y congestión vascular. La paciente se encuentra consciente, no colaboradora, angustiada, quejumbrosa, con cianosis distal. Presión Arterial 0/0, P.R. 120 x'; Temperatura 35.5o, Respiraciones 30 x', excreta Urinaria de 30 cc en últimas 2 horas.

Al examen del Tórax, se encuentra pillidos y sibilancias, tiraje Supreclavicular, estertores crepitates basales bilaterales.

Corazón: Taquicardia

Abdomen: Timpánico, globoso, levemente doloroso en hipogastrio.

De acuerdo con Diagnósticos, añadiendo **Crisis Asmática**

Se continúa digitalización, Fluídos I.V. según P.V., Isoproterenol, Bicarbonato, O_2, en catéter, Hidrocortisona 0.5 gramo I.V. cada 4 horas, control de excreta urinaria estricto.

La paciente fallece a la 1.30 del 30-X-71 por paro cardiorrespiratorio irreversible, 15.30 horas de su ingreso.

Autopsia: Los pulmones presentaban congestión y edema moderados compatible con Bronconeumonía y edema agudo.

Hígado con presencia de congestión moderada. Bazo con consistencia friable, inflamatorio.

Utero con evidencia de embarazo reciente, paredes engrosadas, con áreas necróticas en miometrio y endometrio.

Diagnóstico Patológico:

1) ABORTO SEPTICO INCOMPLETO
2) SEPTICEMIA
3) BRONCONEUMONIA BILATERAL

CASO 2

R.A.V.E., de 29 años, originaria y residente en el Progreso, de oficios domésticos, soltera, Gestas: 6, Partos: 5, Abortos: 1. Ingresa el 13-IX-72.

En la historia de ingreso se refirió que hace dos días sufrió caída, iniciando dolor abdominal con hemorragia abundante, y expulsión de dos fetos de más o menos 12 cm. y una placenta. Desde entonces ha presentado dolor abdominal bajo agudo, sin referir fiebre. Ayer fué vista por comadrona que le recetó pastillas, ignora nombre. Fue vista por Médico en El Progreso quien la refiere a este centro. Sus antecedentes no eran de importancia.

Al examen físico, se encontró paciente pálida, quejumbrosa, con P.A. 80/70, Temperatura 37.3o, P.R. de 100 x'. El examen cardiopulmonar era normal, el abdomen se mostró tenso, globuloso, con ruidos presentes, marcadamente doloroso en hipogastrio, con signo de rebote presente.

Al examen Ginecológico presentaba cuello abierto con hemorragia escasa, fondos de saco dolorosos, útero difícil de palpar por defensa.

Se ingresó con Impresión Clínica de:

1) PERITONITIS
2) PERFORACION UTERINA
3) ABORTO SEPTICO
4) ILEO PARALITICO

Evolución: Se tomó hemocultivo, se coloca SNG, soluciones y se inician antibióticos, Penicilina Cristalina y Cloranfenicol. El mismo día se efectúa legrado uterino extrayendo escasa cantidad de restos fétidos. Sale con P.A. 100/70, procedimiento sin complicaciones. Al día siguiente nuevo interrogatorio fue efectuado, confesando la paciente que 10 días antes había ingerido purgante con el fin de producirse el aborto. Posteriormente 4 días antes de ingreso, por presión conyugal, se introdujo una tripa de gallina desecada en la vagina con lo cual inició hemorragia vaginal abundante, asociada a diarrea que aún persiste, líquida, amarilla, inodora, sin otra característica.

Persisten signos de irritación peritoneal, ruidos escasos, sin hemorragia vaginal. Excreta urinaria 375 cc en las últimas 12 horas.

Radiografía de abdomen mostró asas distendidas por gas sin otro hallazgo. El Laboratorio mostró Hemoglobina 14 gramos, G.B. 5,700, Cay: 3, Sg.: 71, Hematocrito: 43o/o, Sedimentación: 63 mm, Creatinina: 1.9 mgs., Urea: 48, Orina: 60 leucocitos por campo, cilindros hialinos y granulosos. Frote Vaginal: Diplococos

Gram Positivos, Cultivo: Difteroides, Widal 1:160, Heces: N1, Hemocultivo: Negativo. SGOT 105 u SGPT 150.

Se añadió a los diagnósticos, Gastroenterocolitis de et? , Fiebre Tifoidea.

Por la tarde aumentó la circunferencia abdominal, aparece leve tinte ictérico y presenta fiebre. La diarrea persiste con las mismas características.

"Los siguientes 6 días su evolución se mantuvo estática persistiendo las deposiciones diarreicas. Coprocultivo: negativo.

Siete días después de ingreso, Widal: 1:80, Rayos X Torax: normal.

Nueve días de ingreso nueva evaluación ginecológica muestra masa inflamatoria en Fosa Ilíaca Izquierda. La masa es palpable en el abdomen pero es poco definida, y muy dolorosa.

Un día despues, presenta Estertores Crepitantes Bilaterales, se omite Cloranfenicol y se inicia Gentamicina.

El día 12o de hospitalización aún persistía hemorragia vaginal escasa. La masa abdominal en Fosa Ilíaca Izquierda se extiende hasta el ombligo, es dura, no bien limitada y fija. Se tiene la IC de **Absceso Abdominal** por perforación del colon. Diarrea por irritación intestinal (?).

Por la noche la P.A. que había sido normal, cae a 90/60, la temperatura: 36.6o, P.R.: 120, PVC: 0, Resp.: 44, con cianosis labial, estertores inspiratorios de burbuja mediana a gruesa, diseminados en ambos campos. La presión se mantuvo baja pero no cayó hasta el día 14 a 70/40, la Presión Venosa subió a 15 cm., la F.C. a 120, la Temperatura: 36.8o.

Se detecta una excreta urinaria de 5 cc por hora en las últimas 12 horas. Haciéndose el diagnóstico de **SHOCK SEPTICO.** Se administran Esteroides, se administra Lasix de 80 mgs. I.V., lográndose una diuresis de 530 cc. en 3 horas. Se dan vasopresores (Isuprel), digitalización, lográndose estabilización de la P.A. el 100/50

Al día siguiente la P.A. se mantiene, la P.V. es 7 cm. y excreta urinaria de 100 cc. por hora.

El día 16, la P.A. es normal, P.V.: 3 cm., el Pulso es 120, Hb: 7.5 g., Ht.: 24o/o, se transfunde 500cc. de sangre completa. Se toma Gram y Cultivo de esputo que muestra Estafilococo Dorado, Coagulasa positiva.

En el día 17 presenta melena, epitaxis, hematemesis, por lo que se ordena un frote periférico el cual muestra Ausencia de Plaquetas. Los Glóbulos Rojos son normales; Rumpel Leed es negativo. Se cambia la impresión Clínica de: Síndrome de Coagulación Intravascular, por Ulceras Gástricas de Stress (?). Se encuentra el absceso Pélvico-Abdominal en condiciones de ser drenado, pero no se hace por Plaquetopenia.

El día 18 hay aparición de cianosis leve, equímosis extensa en la cadera izquierda, se inicia la administración de Heparina en dosis de 5,000 unidades cada 6 horas I.V. Dx: Síndrome de Coagulación Intravascular.

El cuadro evoluciona en los siguientes 6 días mejora del problema de coagulación. Sin embargo las plaquetas se mantienen en 66,000 mientras que el fibrinógeno llega a 130 mgs. (no se encontró dosificación de inicio). El T. de Protrombina 80o/o.

El día 25 fallece por paro cardíaco irreversible.

Autopsia:

Pulmones muestran congestión y exudado bilateral.

El hígado, congestivo, el Bazo aumentado y friable.

El riñón con necrosis cortical bilateral.

El útero con abscesos múltiples en superficie serosa, pelviperitonítis, la cavidad uterina vacía.

Diagnóstico Anátomo-Patológico:

1) ENDOMETRITIS
2) ABSCESO PELVICO
3) ABORTO SEPTICO
4) NECROSIS CORTICAL RENAL BILATERAL
5) INSUFICIENCIA RENAL (clínico)
6) BRONCONEUMONIA BILATERAL
7) BAZO SEPTICO
8) SHOCK SEPTICO (clínico).

CASO No. 3

F.E.D.L., paciente de 26 años de edad, originaria y residente en San Marcos, soltera, de oficios domésticos. Ingresa el 5 de febrero a las 15.30 horas de 1972.

En la historia de ingreso se encontró paciente mala colaboradora que dió una historia confusa (texto anotado en historia de ingreso). Tuvo hemorragia vaginal que ha cedido.

Al examen físico se encontró la paciente en malas condiciones generales, deshidratada. La Presión Arterial era 110/70, la temperatura 39.5o, el pulso 120.

Al examen ginecológico se encontró el cuello cervical friable con razgaduras y secreción purulenta muy fétida. Utero a 8 cms. sobre el púbis. Se ingresa con impresión clínica de:

1) ABORTO SEPTICO
2) ENDOMETRITIS

Evolución: Se ingresa con Penicilina Cristalina 10 millones de unidades I.V. de inicio y 5 millones cada 3 horas, Cloranfenicol 1 gramo I.V. de inicio y 0.5 gramo cada 6 horas.

Se legra al día siguiente, extrayendo pequeña cantidad de restos muy fétidos. Se envían restos a patología. En el segundo día de hospitalización se toman rayos X del abdomen que son normales. El tercer día la paciente se mantiene febríl 38o refiriendo al dolor abdominal. El cuarto día de hospitalización persiste dolor abdominal difuso de gran intensidad, aparece Flebitis en miembro inferior derecho post-infusión.

El quinto día de hospitalización desarrolla hipotensión de 80/50. Hay deshidratación. La paciente se muestra decaída y signo de rebote en ambas fosas ilíacas. Los ruidos abdominales son escasos.

En el examen ginecológico el parametrio derecho se muestra ocupado por una masa dura y dolorosa fija a la pelvis. Se establece el diagnóstico de **parametritis aguda post-aborto séptico.** Se cambia Cloranfenicol por Tetraciclina 0.5 gramo cada 6 horas via oral.

El sexto día de hospitalización la presión arterial se mantiene en 90/40, el pulso radial es de 100, la temperatura de 39o. Se muestra leve ictericia en conjuntivas oculares. Hay edema grado 1 en miembros inferiores. Ha presentado vómitos al recibir la Tetraciclina. Se tiene impresión clínica de **Shock Séptico inminente.** La radiografía de abdomen tomada ese día muestra imágen de vidrio despulido. La Presión Venosa es de 10 cms.

El octavo día de hospitalización se mantiene con deshidratación severa y oliguria de 200 cc. en las últimas 24 horas. No hay ruidos abdominales. El 14 (9o. día) se establece el diagnóstico de:

1) SHOCK SEPTICO
2) ANEXITIS DERECHA
3) PELVIPERITONITIS
4) INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

Se consulta al departamento de medicina quien considera que el cuadro es explicable por deshidratación severa. Indican forzar la hidratación y dar Fursemide si no orina. Se instituye terapéutica con Isoproterenol. Se digitaliza. El tiempo de Protrombina es 60o/o.

Al 10o día de hospitalización la excreta urinaria es adecuada. El departamento de medicina sugiere drenar el absceso. Se eleva el dosis de penicilina cristalina. Existe la sospecha de Crepitación en Epigastrio e Hipocondrio. Se piensa en la posibilidad de **infección por Clostridios.**

El 11o día presenta equímosis en áreas de disección de vena. Fallece este día por paro Cardíacorespiratorio irreversible.

CASO No. 4

I.A.P., paciente de 33 años de edad, originaria de Jutiapa, residente en zona 17 Guatemala, unida, ladina, de oficios domésticos, Gestas: 3, Párida: 3, Aborto: 0. Ingresa el 14-XII-71. En la historia refiere la paciente que su último parto fue hace 5 meses. Desde entonces no ha presentado menstruación y supone que tiene más o menos 3 meses de embarazo. Hace 4 días consultó con enfermera que la manipuló quedando con hemorragia vaginal con coágulos.

Al examen físico la temperatura es de 37.8o, la Presión Arterial 110/80, Pulso Radial de 110, el examen cardiovascular y pulmonar fue normal. En el abdomen se encontró dolor en el hipogastrio, altura uterina de 12 cm.

El examen ginecológico: cuello con orificios abiertos, blando, útero doloroso, se extraen restos placentarios fétidos. Se ingresa con impresión clínica de:

1) EMBARAZO DE 17 SEMANAS POR ALTURA UTERINA
2) ABORTO SEPTICO

Evolución: Se coloca inducción, se inicia Penicilina Cristalina, 2 millones de unidades cada 3 horas y se espera expulsión para efectuar legrado.

Al día siguiente se continúa inducción, se eleva Penicilina Cristalina a 6 millones de unidades cada 4 horas, se añade Cloranfenicol 0.5 gramo cada 6 horas via oral. Se legra ese día por la noche extrayendo escasos restos. El examen bajo anestesia no da datos adicionales.

Al 2o día de hospitalización se encuentra la paciente en malas condiciones con tendencia al sueño, hipotónica, fría, con tos seca. El tórax muestra respiración tóraco-abdominal. Los pulmones muestran matidez basal derecha. El abdomen con distención y dolor en hipogastrio. Ruidos presentes. No hay secreción vaginal.

Impresión Clínica: ATELECTASIA PULMONAR.

Rayos X del abdomen fue informado por el radiólogo como Pelviperitonitis. Se omite Penicilina Cristalina y se deja Ampicilina y Estreptomicina. La Presión Arterial cae a 80/50 y luego a 70/30. La Presión Venosa es 0 y se establece hidratación con Hartman.

Se hace el diagnóstico de **Shock Séptico** y se da Succinato de Hidrocortisona 125 miligramos I.V. cada 6 horas.

Al día siguiente persiste la Presión Arterial en 80/40, la Presión Venosa es 7 cm., el abdomen timpánico, doloroso, ruidos muy escasos. Se inicia terapéutica con Isoproterenol y se aumenta dosis de hidrocortisona a 250 miligramos cada 6 horas. Por la noche la excreción urinaria es de 50 cc. por hora y la Presión Arterial de 100/60.

Al 5o día de hospitalización la Presión Arterial es normal, la excreta urinaria es de 30 cc. por hora y se toman hemocultivos seriados.

Al 7o día la paciente se encuentra mejorada y muestra una flebitis post infusión, se diagnostica INFECCION URINARIA.

El día 8o la paciente se muestra disneica con P.A. 90/70, con dolor abdominal acentuado en epigastrio con deshidratación. Se tiene IC de **DHE con Ileo Secundario.** Descartar **ABSCESO SUBFRENICO.**

El mismo día la presión cae a 80/50, y la presión Venosa es 6.5 cm. Rayos X de tórax muestran infiltrado en lóbulo medio derecho, derrame pleural bilateral, aire libre en cavidad abdominal compatible con perforación de vícera hueca. Hay presencia de líquido intraabdominal. Se hace consulta a cirugía quienes opinan que no hay perforación por la evolución del caso, creen que puede haber absceso subfrénico, pero no hay nada quirúrgico que ofrecer por el momento.

Al 8o día la P.V. cae a 0, se pasan soluciones, mejorando llega a 12 cm. de agua, la P.A. es 90/70, la temperatura: 36.8o. El recuento de Blancos es de 22.300; la Hb de 14 gramos, la sedimentación de 8 mm. El diferencial muestra 94 segmentados. Los valores de cuerpos nitrogenados son normales. El 9o y 10o día la paciente se muestra mejorada con leve deshidratación. El 11o día la P.A. es 100/70, la succión nasogástrica da 200 cc. de líquido café, (Ulceras de Stress?).

El 12o día la orina se presenta oscura, y muestra pigmentos biliares.

El décimo tercer día se observa edema grado II en miembros inferiores, se piensa que es por hipoproteinemia. La dosificación de cuerpos nitrogenados es normal. Se presume la presencia de daño hepático.

Ese día se consulta a medicina quienes tienen impresión clínica de:

1) PELVIPERITONITIS
2) SEPTICEMIA
3) RUPTURA DE VICERA HUECA
4) NEUMONIA DERECHA

Sospecha de embolias séptica a hígado y pulmón. Indican conducta quirúrgica.

El décimo quinto es vista por otro cirujano que encuentra el saco de Douglas abombado y realiza colpotomía extrayendo 3,000 cc. de pus. Al día siguiente la paciente se muestra mejorada, siendo su evolución satisfactoria en los siguientes 4 días..

El día veinte se muestra con respiración agitada, la P.A. cae a 90/40, el P.R. es 10, la temperatura de 37.2o, la P.V. 10 cm. hay estertores crepitantes en pulmón derecho.

El día 21 el abdomen es doloroso, blando, con defensa, ruidos ausente. Persiste edema G-II en miembros inferiores.

El día 22 decae el estado general; la Presión Arterial cae a 80/40, el P.R. es 120, P.V. 4, persisten los estertores crepitantes y ahora son bilaterales. La Hb es 3.5, el Ht 10o/o el recuento es 4,750, la sedimentación 165 mm. El diferencial da Cay: 2, Seg: 75o/o, los valores de Urea y Creatinina son normales el sodio normal y el potasio en 2.5 meg. La reserva alcalina es 47 vol. 21 meq.

Bilirrubinas 1.1, timol 13 unidades. La excreta urinaria 895 cc. en 24 horas. Se tiene IC:

1) PELVIPERITONITIS
2) ANEMIA SEVERA
3) ACIDOSIS RESPIRATORIA
4) INSUFICIENCIA RENAL
5) NEUMONIA BASAL IZQUIERDA

El día 23 su excreta urinaria ha sido de 120 cc. en 24 horas, los familiares la retiran del hospital en estado agónico.

DISCUSION DE FALLECIDAS

Los casos con desenlace fatal en nuestra serie, son bastante descriptivos, y muestran las complicaciones más frecuentes del aborto séptico.

Diagnóstico: Se hizo en todas menos una, al ingreso. (éste se hizo tres horas más tarde).

Criterios de Alto Riesgo: Todas estas pacientes llenaban criterio de alto riesgo en la siguiente forma:

1. Aborto de más de diez semanas de gestación: los cuatro casos..
2. Pérdida hemorrágica escasa por Historia o Examen Físico: los cuatro casos.
3. Dolor abdominal y pélvico: los cuatro casos.
4. Hiperpirexia: solo el caso No. 3. El resto mostraba temperatura normal, normal baja o bajo 38o.
5. Ducha Química: el caso No. 3 mostraba cérvix friable (?).
6. Gram Negativos en frote de cérvix: ninguno (solo una paciente tenía Gram).
7. Excreción urinaria baja: no se registró en historias, pero sí se presentó en todos los casos ya hospitalizados.

En cuanto al grado de extensión del proceso: Grado I: los casos 1, 3 y 4. Grado III: caso 2. Casos 3 y 4 evolucionaron a Grado II - III.

Hipotensión: Los casos 1 y 2 se encontraban hipotensas al ingreso el caso 1 estableció shock séptico a las tres horas de estar ingresada.

Infección Pulmonar: Una paciente la mostraba al ingreso No. 1, el resto la desarrolló en el servicio.

Antibióticos: Las dosis de antibióticos fueron bajas considerando la gravedad de los casos. La que más recibió fueron 40 millones de Penicilina Cristalina en 24 horas. Todas recibieron Cloranfenicol en dosis de 2 gramos cada 24 horas, dosis considerada baja.

Fueron Legradas: Todas las pacientes de esta serie, la más temprana en 4 horas, dos entre 8 y 12 horas y una 30 horas del ingreso.

Shock Séptico: Se presentó en todas las pacientes, siendo el caso más temprano el No. 1 en 3 horas. 3 días en el caso No. 4, 5 días en el caso No. 3 y 14 días en el caso No. 2.

Terapeútica de Shock Séptico: fué efectiva en todos los casos en cuanto a recobrar la Presión Arterial y excreta urinaria, pero esta recuperación fué solo temporal y duró 3 horas en el caso No. 1, 2 días en el caso No. 3, 5 días en el caso No. 4 y 10 días en el caso No. 2, con recidiva en todas.

Cirugía Radical: en ningún caso se utilizó cirugía radical, aún cuando la evolución mala de las pacientes la indicaba absolutamente (28,11,6,17,18,23).

Abscesos Pélvicos: se desarrollaron abscesos en los casos 2, 3 y 4; solo se drenó en el caso 4. Aunque el drenaje estaba indicado en los otros casos.

Coagulopatía: tres casos mostraron problema de coagulación: 2, 3 y 4, aunque el estudio de coagulación fué incompleto en los tres.

Ulceras de Stress: los casos 2 y 4 presentaron evidencia de hemorragia por probables úlceras de stress. Esto se ha reportado como complicación de aborto séptico por Buka (4).

Fallo Renal: los casos 2, 3 y 4 mostraron fallo renal de diverso grado, aunque solo en el caso 2 se mostró la necrosis cortical bilateral en patología (8).

Lesión Hepática: los casos 2, 3 y 4 mostraron evidencia de lesión hepática en el curso de la enfermedad.

Autopsias: solo se efectuó autopsia en los casos 1 y 2, mostrando:

a) infección pulmonar en ambos.
b) bazos sépticos en ambos.
c) congestión hepática en ambos.
d) infección mio y endometrial en caso 1 y pelviperitonitis y abscesos múltiples en el caso 2.

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se encontró en un período de 13 meses, desde el 1o. de Septiembre de 1971 al 31 de Septiembre de 1972, un total de 101 casos de aborto séptico bien documentados, atendidos en el servicio Séptico de la Maternidad del Hospital General.
2. El promedio de edad fue de 19.14 años.
3. En el 78o/o de las pacientes la edad era entre 15 y 30 años.
4. El aborto séptico en nuestra serie ocurrió en grupos etarios más jóvenes que en estudios extranjeros y que en aborto en general hace 10 años en Guatemala.
5. El 90o/o de las pacientes fueron unidas.
6. El aborto séptico es mucho menos frecuente en Indígenas; 4o/o.
7. La mitad de los abortos sépticos se produjeron en inmigrantes del interior de la república a la capital.
8. El 88o/o de las pacientes se dedican exclusivamente a los oficios domésticos, situación que las hace más dependientes económicamente del marido.
9. Se comprueba que, la multiparidad es un factor determinante en pacientes con aborto séptico. 70o/o con dos embarazos o más.
10. 2/3 de las pacientes con aborto séptico tienen 2 hijos o más.

11. 39o/o de las pacientes con aborto séptico en esta serie han tenido abortos previos. 4o/o abortos sépticos previos. Se piensa que esto es indicio de la presencia de abortadoras a repetición en este grupo, que utilizan el aborto como medio de control de la natalidad.

12. El número de días de hemorragia en este estudio fue muy variable sin predominancia importante.

13. Los síntomas más frecuentes fueron: Hemorragia, dolor abdominal bajo, y expulsión de restos y/o feto.

14. Sólo en 15o/o de las pacientes refirió manipulación, incidencia menor que en otros estudios.

15. La mitad de los casos confesos de manipulación esta fue realizada por comadrona.

16. El 8o/o mostró señales físicas de manipulación.

17. 1/3 presentaba embarazos de mas de 12 semanas.

18. 1/5 de las pacientes refirió caídas como causa precipitante del aborto; ninguna mostró signo físico que las comprobara.

19. La presión Arterial se encontró bajo lo normal en 1/5 de las pacientes al ingreso.

20. En el 89o/o de las pacientes se encontró fiebre al ingreso.

21. El pulso está aumentado en el 84o/o de las pacientes al ingreso.

22. El cérvix estaba abierto en el 88o/o de los casos.

23. Hubo ausencia de fetidez en loquios en el 30o/o de los casos.

24. La hemorragia fue de moderada a abundante en el 65o/o.

25. El 11.7o/o presentó anemia de importancia al ingreso.

26. En el 50o/o de los casos no se alteró el recuento de Glóbulos blancos.

27. La sedimentación se eleva en la mayoría de casos.

28. 28o/o no tuvieron dosificación de Hemoglobina, 35o/o sin recuento ni sedimentación.

29. 91o/o no tuvieron frotes cervicales. 97o/o no tuvieron cultivos cervicales. 96o/o no tuvieron hemocultivo.

30. Se utilizó Penicilina Cristalina en casi todos los casos, a dosis relativamente bajas. Solo 1/3 recibió Cloranfenicol.

31. 15o/o presentó complicaciones.

32. El promedio de hospitalización fue de 3 días, el 93o/o estuvo 1 a 4 días.

33. La incidencia de muerte y de shock séptico es similar a la encontrada por otros autores en otros estudios. 3.89o/o.

34. La incidencia de muerte por shock séptico en nuestra serie es 100o/o, en comparación con 50o/o encontrado en otros estudios.

35. No se utilizó cirugía radical en ningún caso a pesar de estar indicada en tres de las cuatro fallecidas. Es patente la falta de agresividad quirúrgica en quienes trataron esta serie. Se atribuye a esto la mayor mortalidad por shock séptico.

36. Se presentó infección pélvica como complicación en el 6o/o de los casos.

37. Por lo menos 1/3 de las pacientes de esta serie pueden ser clasificadas como ALTO RIESGO, según los criterios de edad de embarazo y hemorragia escasa o nula.

RECOMENDACIONES

1. Promover la profilaxis del aborto séptico mediante campañas de educación sexual, planificación familiar, educación sobre riesgos del aborto provocado.

2. Considerar el aborto terapéutico en casos determinados que deben ser evaluados detenidamente por una comisión compuesta por: uno o más médicos, un psiquiatra, una trabajadora social y un jurista (1).

3. Promover los centros de adopción y ponerlos a servicio del público como medida para reducir los abortos provocados y brindar mejores oportunidades al hijo no deseado.

4. Efectuar interrogatorios más insistentes en las pacientes de aborto séptico acerca de la manipulación, la forma y condiciones en que fue realizada.

5. Promover la detección de pacientes de alto riesgo y brindarles un tratamiento y monotorizaje adecuado.

6. Hacer "una rutina" la toma de frotes y cultivos cervicales y hemocultivo, hemograma, orina, rayos X, torax y abdomen en todas las pacientes con aborto séptico o sospecha del mismo.

7. Controlar la excreta urinaria en todos los casos de aborto séptico por lo menos en las primeras doce horas para prevenir o detectar presencia o inminencia de shock o insuficiencia renal.

8. Utilizar antibióticos en dosis mayores en la mayoría de los casos, la asociación Penicilina-Cloranfenicol es adecuada y la adición de Estreptomicina en casos de alto riesgo es aconsejable.

9. Utilizar cirugía radical en pacientes cuyo shock y estado general no mejora o que presentan complicaciones múltiples.

10. El drenaje de abscesos tiene prioridad en el manejo de estas pacientes, por lo que no debe retardarse el mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Aldana Alonzo, Raul A.; Legislación racional del aborto en Guatemala. Tesis. Guatemala. Univ. San Carlos. Fac. CCMM. Mayo 1967. 60 p.

2. Alonzo, Pedro; Aborto provocado. Tesis, Guatemala. Univ. Nacional, Facultad de Medicina. 1927. 66 p.

3. Armijo, Rolando y Renquena, Mariano. Epidemiological aspects of abortion. Rev. Chile. Obstet. Ginec. 29:33-42, Enero 1964.

4. Buka, J.J. et al. Upper gastrointestinal Hemorrage after septic abortion. Amer. J. Obstet. Gynec. 91:504-8, Feb. 1965.

5. Caillouette, J.C.; Septic abortion, pathology an treatment. Amer. J. Nurs. 66:1045-8. May. 1966.

6. Carrington, E.R.; Endotoxic shock in the obstetric patient. J. Kentucky Med. Ass. 63:567-70.

7. Chang Lau, Rafael; Incidencia de aborto en el Hospital General. Tesis, Guatemala. Univ. San Carlos. Fac. CCMM. 1962. 40 p.

8. Clarkson, H.R. et al. Consumption coagulopathy and acute renal failure due to gram negative septicemia after septic abortion. Complete recovery with heparin therapy An. Intern. Med. 70:1191-9, Jun. 1969.

9. Corti, A. Lo shock batterico nell'aborto settico, trattamento con idrocortisone emisuccinato. Minerva Ginec. 17:337-43, Apr. 1965.

10. Del Pozo, R.A.; Bases hemodinámicas del shock séptico y sus modificaciones con el empleo de una sustancia beta-adrenérgica (metaprotereivol).). Tesis. Guatemala Univ. De San Carlos, Facultad de CCMM., Mayo 1969.

11. Douglas, G.W. et al. Clinical management of septic abortion complicated by hipotension. Amer. J. Gynec. 96:633-44, Nov. 1966.

12. Du Toit, Het al; treatment of endotoxic shock with isoprenaline. Lancet 2:143-6, Jul. 16 1966.

13. Gallardo de Hernández, Lesbia; Prevención del riesgo materno por aborto provocado con trabajo médico-social. Tesis. IGSS Escuela de S.S. Guatemala. Univ. S. Carlos. Junio 1969.

14. Goodhart, C.B. The frecuency of illegal abortion. Eugn. Rev. 55:197-200, Jan. 1964.

15. Gordon, N. et al Septic shock in obstetrics and gynecology Post Grad. Med. 46:144-8, Jul. 1969.

16. Gracián, M. et al. Microbiología de autopsias. Reporte basado en el estudio bacteriológico postmortem.... Antioquía Med. 15:849-96, 1965.

17. Horowitz, Arthur. Agresive management urged in septic abortion. Obstet. Gynec. Observer 11:4. 1972.

18. Keith, L.G. et al. Aggresive treatment of septic abortion. Am. Fam. Physician 3:98-103, Jun. 1971.

19. Lemus, Alberto. Aborto terapéutico. Tesis. Guatemala, Univ. Nac. Facultad de Med. 1923.

20. Lorincz, A.B. Septic abortion. Post. Grad. Med. 49:148-153, Jun. 71.

21. Merger, H. Manual de obstetricia. Trad. Llerena. A.2a. Ed. Barcelona, Toray-Masson S.A. pp. 243-57. Feb. 1971.

22. Molina González, Winston. Mortalidad materna en nueve años en el Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala, Univ. San Carlos. Fac. CCMM. 1971.

23. Moritz, C.R. et al Septic abortion. Amer. J. Obstet. Gynec. 95:46-54, May. 1966.

24. Nicholson, J. and Eastman, Louis, Eds. William's Obstetrics. 2nd. Ed. N.Y. Appleton-Century-Crofts Inc., 1961. pp. 550-60.

25. Ostergard, D.R. Comparison of two antibiotic regimes in the treatment of septic abortion. Obstet. Gynec. 36:473-74, Sept. 1970.

26. Ostergard D.R. et al; Septic incomplete abortion, a retrospective study of twenty years experience. Obstet. Gynec. 35:709-13, May. 70.

27. Rios, Bruno. Criminal abortion; responsability of the physician. An. Fac. Med. Montev. 49:156-64, 1964.

28. Santa Marina, Bernardo y Smith, A. Aborto séptico. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de N. A. Junio 1970. pp. 291-304.

29. Stewart, G.K. et al; Therapeutic abortion in California. Effects on septic abortion and maternal mortality. Obstet. Gynecol. 37:504-8, Apr. 1971.

30. Wideman, G.L. et al; Gas gangrene in pregnancy. Alabama J. Med. Sci. 1:430-4, Oct. 1964.