UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ABORTO SEPTICO EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE LOS AÑOS 1971-1972"

HUMBERTO EMIDIO LIRA DARDON

GUATEMALA, NOVIEMBRE 1974

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

El trabajo que hoy presento es una revisión estadística sobre el aborto séptico en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante los años 1971 - 1972.

Se analizaron estos dos años por no haber una buena clasificación posterior en los archivos de estadística y además en la Maternidad del Hospital Roosevelt se principió a tratar en forma sistemática estas complicaciones a partir del primero de enero de 1970. La importancia de hacer este análisis sobre aborto séptico, es tener una visión de como se desarrolla y se trata este problema, que cada vez se agudiza más y que aumenta nuestras estadísticas de mortalidad.

Si el desarrollo de este trabajo contribuye en algo para la conducta preventiva y terapéutica de esta complicación me sentiré satisfecho de haber cumplido con mi objetivo.

II. OBJETIVOS

Con este trabajo pretendo llenar los siguientes objetivos:

I. Conocer las complicaciones más frecuentes

II. Conducta terapéutica seguida

III. Tener una estadística en lo que concierne a la relación aborto

IV. Evaluar la conducta terapéutica, métodos-diagnósticos que puedan hacer disminuir la mortalidad

V. Tratar de encontrar los medios que faciliten tratamientos para que la permanencia hospitalaria sea de menos tiempo.

III. CONCEPTOS SOBRE ABORTO

1.- Aborto es la terminación del embarazo en una fecha cualquiera antes de que el feto haya alcanzado un estadío de viabilidad. Las interpretaciones de la palabra "viabilidad" han oscilado entre los que la aplican a un feto de 400 g. (aproximadamente a las 20 semanas de gestación) y lo que solo la usan para designar al que pesa 1000 g. (aproximadamente a las 28 semanas de gestación). (1)

2.- Se llama así a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes que el feto sea viable, es decir, antes de serle posible sobrevivir fuera del claustro materno. (7)

IV. CLASIFICACION DEL ABORTO

I. Etiología
II. Según como se produce
III. Según la edad del embarazo en que se produce
IV. Según su evolución clínica
V. Según haya o no infección

ETIOLOGIA:

Son innumerables las clasificaciones que agrupan, desde distintos puntos de vista, las causas que pueden generar el aborto. Pueden resumirse estas, con criterio lógico y práctico en 4 grupos fundamentales:

Causas orgánicas del aborto. Entran en este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Pueden subdividirse en enfermedades generales, como la lúes o tuberculosis grave, y en enfermedades locales, como habitualmente lo son las organopatías pélvicas de todo orden genitales o extragenitales, que pueden provocar el aborto; por ejemplo: infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiente retención del huevo, alteraciones propias del útero (malformaciones, sinequias post-raspado), incompetencia del orificio del cuello, etc.

Causas funcionales del aborto. Forman este grupo aquellas enfermedades que producen trastornos metabólicos genera-

les y endocrinopatías extragonadales o gonadales. Entre estas se consideran: a) la insuficiencia o la involución precoz del cuerpo amarillo gravídico; b) la deficiencia funcional de la placenta (alteración del coeficiente estrógeno progesterona, que al favorecer anormalmente a los primeros conduce al aborto endócrino).

Causas sicodinámicas del aborto: Se incluyen en este grupo a todas aquellas pacientes infértiles clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en las que profundos traumas emocionales conscientes o subconscientes son la noxa que provoca el aborto. Son causas psicodinámicas: influencias nerviosas, corticales o subcorticales del tálamo o hipotálamo, actuando sobre la hipófisis, retrohipófisis y el sistema neurovegetativo, parten influjos hormonales, humorales y nerviosos, que modifican la hormonología, el metabolismo y el tono circulatorio de los órganos genitales conduciendo al aborto.

Causas ovulares: Aunque los progenitores son aparentemente normales, el huevo puede estar constituido por elementos genéticamente anormales (genes letales o vicios cromosómicos) y que llevan en si mismos una potencia letal.

II. SEGUN COMO SE PRODUCE:

Se divide en dos grandes grupos: Aborto espontáneo y aborto provocado. Aborto espontáneo es el que se produce sin la intervención de circunstancias que artificialmente interfieren en la evolución de la gestación. Aborto provocado es el que se induce premeditamente, pudiéndose subdividir a su vez este grupo en aborto profiláctico, terapéutico y criminal. Los dos primeros —excepcionales hoy— son abortos legales provocados por el médico, con el fin de prevenir agravamiento de enfermedades generales importantes en las que la gestación es un motivo natural de empeoramiento con peligro de la vida materna. El tercero constituye un capítulo de la medicina legal suficientemente conocido. (1)

III. SEGUN LA EDAD DEL EMBARAZO EN QUE SE PRODUCE:

a) Ovular hasta la novena semana
b) Embrionario de la décima a la veintiuna semanas
c) Fetal de la veintidós a la veintisiete semanas

IV. SINTOMATOLOGIA Y FORMAS CLINICAS:

Los abortos se clasifican según el curso clínico de esta manera: Amenaza de aborto, aborto inminente, inevitable, aborto en curso, incompleto, completo, diferido, habitual y séptico.

Amenaza de aborto

Este es, cronológicamente, el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza porque en una mujer en edad reproductiva con diagnóstico de embarazo presenta dolor cólico acompañándose de hemorragia vaginal, que puede coincidir con las contracciones, siendo importante que no hay modificación en el cuello uterino.

Aborto inminente

Este no es más que una exageración de los síntomas y signos descritos anteriormente (dolores más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos).

Verdadero empeoramiento clínico de la amenaza de aborto, que generalmente aparece pese al tratamiento instituido. Por lo regular la hemorragia aumenta progresivamente y en ocasiones es alarmante, el dolor es de tipo calambre.

Aborto inevitable

Aquí al cuadro anterior se le agrega un elemento de juicio fundamental para el diagnóstico del embarazo: comienza a producirse la dilatación del cuello uterino con exageración de la sintomatología dolorosa y de la hemorragia. El cuerpo uterino puede palparse intermitentemente contraído, a través del cuello dilatado se puede alcanzar el huevo, cuando las membranas están intactas. Los huevos pequeños pueden desprenderse y quedar retenidos en el cuello antes de expulsarse (aborto cervical de Schroeder).

Aborto en curso

Al cuadro anterior se le agrega ruptura de membranas, con pérdida del líquido amniótico, no siempre fácilmente visible, en forma de hidrorrea clara mezclada o alternando con la emisión sanguínea y aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado, que muchas veces no lo es en forma directa hacia el exterior, sino que suele quedar retenido en la vagina o parte de él en la misma, y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina. De lo dicho se deducen las dos formas que adoptan en general el aborto a esta altura de su evolución y que constituyen otras formas clínicas a tenerse en cuenta:

Aborto incompleto

Los restos ovulares no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina, permaneciendo ésta aún parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, como cuando se evacúa por completo su contenido; el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente o bien:

Aborto completo

En este caso el huevo ha sido expulsado espontánea y completamente del útero. Después del acmé doloroso y hemorrágico, todo entra en regresión: desaparecen las contraciones expulsivas, cesa completo casi la hemorragia y la matriz recupera su tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, el que vuelve a presentar su forma normal.

Aborto diferido

Recibe este nombre un cuadro en el que, muerto el huevo intraútero, por diversas razones no es expulsado al exterior. A esta forma clínica se la designa también con el nombre de aborto retenido o huevo muerto retenido, queriendo significar con esto que el útero no se ha contraído ni dilatado totalmente su cuello como para expulsar normalmente el verdadero "cuerpo extraño" que es el huevo muerto en su interior.

Aborto habitual

Configura un problema complejo y desalentador. Su repercusión psíquica es más dramática que la misma esterilidad, ya que ésta, si bien se opone a la concepción, no hace abrigar vanas esperanzas.

La posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto anterior es del 78%; después de dos abortos, del 67% y luego del tercer aborto, del 25%. Es después de tres fracasos anteriores sucesivos que el caso es catalogado como aborto habitual. En su etiología puede gravitar numerosas causas que deben ser estudiadas para evitarlo.

V. SEGUN HAYA O NO INFECCION:

Aborto séptico
Aborto no séptico

DEFINICION DE ABORTO SEPTICO:

Es cuando en una paciente embarazada con aborto completo, incompleto ó frustrado con temperatura superior a 37.8°C y hallazgo clínicos de infección.

V. GENERALIDADES DE ABORTO SEPTICO Y CHOQUE SEPTICO

El aborto séptico es una de las causas más frecuentes de muerte materna. La mayoría de los pacientes que presentan aborto infectado se han sometido a introducción repetida en el útero de un objeto extraño con el fin de provocar aborto. Antes del advenimiento de los antibióticos, las muertes por aborto séptico eran muy frecuentes y este problema todavía existe en la actualidad, aunque en menor escala.

Los signos y síntomas son los de amenaza de aborto o aborto incompleto, con el elemento sobre añadido de infección. La paciente presenta enfermedad aguda en el aborto gravemente infectado, fiebre alta, escalofríos intermitentes, septicemia y peritonitis. Hay leucocitosis de 16,000 a 22,000 por mm^3 de sangre, y la proporción de leucocitos polimorfonucleares es de 90 á 95%. El pulso es rápido, lleno y rebotante. Las pacientes con enfermedad crítica a menudo experimentan infección por estreptococos hemolíticos o estafilococos. El flujo vaginal suele ser inodoro en las infecciones graves.

El aborto séptico puede complicarse de necrosis tubular aguda con anuria u oliguria. El choque bacteriano con colapso vasomotor e hipotensión duradera, ocurre en casos poco frecuentes. Los microorganismos etiológicos corrientes en el choque bacteriano que complica el aborto séptico son estos: Escherichia coli, aereobacter aerogenes, proteus

vulgaris y paracolibacilos. El choque bacteriano también puede ser producido por estreptococo y estafilococos. En el aborto séptico hay microorganismos clostridium-welchii. La reacción a la septicemia por C. Welchii a menudo consiste en anuria, ictericia grave, anemia secundaria intensa, crisis de trastornos de electrólitos y retención de nitrógeno.

La patología del aborto séptico consiste en desinuitis yendometritis agudas. Los linfáticos llevan la infección a los tejidos parametreales y periuterinos. Los fenómenos sépticos pueden causar peritonitis pélvica o generalizada. También puede haber septicemia. En ocasiones se descubren émbolos sépticos en pulmones, hígado y otros órganos vitales.

Hay dos escuelas de pensamiento del tratamiento del aborto séptico. Un grupo apoya el tratamiento médico conservador del aborto infectado. El otro aconseja efectuar raspado uterino en cuanto se diagnostique aborto séptico. Nosotros tratamos la infección por métodos médicos conservadores a menos que sobrevengan hemorragia uterina, choque bacteriano y oliguria. El programa conservador permite el tabicamiento de la infección en el útero y tratar la peritonitis o la septicemia que puedan presentarse. No efectuamos raspado uterino en una paciente de aborto séptico hasta que se ha sometido por lo menos a 48 horas de antibioterapia adecuada. En caso de ocurrir hemorragia copiosa debe en fecha más temprana efectuarse raspado. La paciente se mantendrá hidratada por administración intravenosa de líquidos si no puede ingerirlos. (9)

En caso de que la paciente de aborto séptico presente colapso vascular y o oliguria como complicaciones, el útero debe vaciarse del contenido infectado. Estas complicaciones sólo se observan en los casos poco frecuentes de aborto séptico, pero si la mujer tiene colapso vasomotor para la hemorragia, oliguria, anuria, hemoglobinuria o ictericia la cavidad uterina debe vaciarse del producto infectado de la concepción en cuanto el estado general lo permita. Es importante el equilibrio de líquidos y electrólitos y deberá efectuarse antes que el raspado uterino. El raspado puede ser necesario para eliminar el tejido necrótico que actúa como nido para la septicemia por C. Welchii, o la endotoxemia o septicemia enterobacilares. La frecuencia de sepsis como complicación en el aborto incompleto o inevitable, causada por enterobacilos o por C. Welchii, es de 1 por 100; en cambio, en 3 por 100 de los abortos sépticos cabe esperar algo de choque bacteriano. Las endotoxemias enterobacilares son más características de los comienzos del segundo trimestre, cuando el útero tiende a retener una masa voluminosa de tejidos placentarios y fetales infectados.

Como forma inicial de antibióticoterapia en el aborto séptico se emplean dosis grandes de penicilina y estreptomicina. Se prácticará tinción inmediata con el método de Gram de las secreciones uterinas para identificar el microorganismo patógeno predominante. De esta manera puede identificarse provisionalmente el agente ausente e iniciar tratamiento con el antibiótico adecuado. Deberán efectuarse simultáneamente cultivos y antibioticogramas. Al comenzar el sistema terapéutico pueden administrarse además tetraciclinas y cloranfenicol, antes de obtener el resultado del cultivo, si la paciente está grave.

SHOCK SEPTICO

En la mayor parte de los abortos sépticos complicados de aborto choque séptico la causa son bacterias gramnegativas que elaborar una endotoxina. Por este motivo, el choque séptico en el aborto séptico a menudo se llama "choque por endotoxinas". Sin embargo, el clínico debe percatarse de que algunas bacterias grampositivas, en especial clostridium welchii y clostridium perfringens puede ser la causa.

Otro factor que debe tomarse en cuenta es que el sistema reticuloendotelial debe experimentar parálisis por acción de la endotoxina antes que ocurra choque séptico; por lo regular acontece varios días después de comenzar la infección, que en nuestros casos suele ocurrir en un mínimo de 48 horas antes, y en ocasiones varios días antes de la aparición del síndrome. Ello tiene deducciones clínicas patentes; un método enérgico nos ha brindado magníficos resultados en el tratamiento de estos casos. Todo nido de infección debe eliminarse, por raspado o, si es menestar por histerectomía abdominal total y salpingoovaiectomía bilateral, seguidas de drenaje pélvico adecuado.

El choque es un estado de perfusión insuficiente de los tejidos, que se caracteriza por lesión tisular hipóxica y acidosis metabólica. La acidosis resulta de hipotensión producida por la extasis sanguínea con disminución del retorno venoso, que origina descenso del gasto cardíaco. Este es, con mucho, el mecanismo del choque cardiógeno en la embarazada. El aumento de volumen del espacio vascular produce retorno venoso insuficiente, lo cual a su vez, disminuye el gasto cardíaco. En todos los casos que se han estudiado la presión venosa ha sido muy baja entre dos y cuatro

centímetros de agua, a veces menor. El estancamiento de sangre en las vísceras produce hipobolemia relativa y explica por qué las estimaciones de volumen en el choque endotóxico puede ser desorientadora. Para el tratamiento y el pronóstico de estos casos ha resultado más fidedigno estimar la presión venosa central. Cuando la presión arterial disminuye a causa de gasto cardíaco insuficiente, el sistema trata de compensar lo anterior por constricción arterial periférica. En ocasiones este mecanismo de compensación no es suficiente y la presión arterial muestra descenso constante. Nos parece conveniente citar a Morris: "A causa de las variaciones en la resistencia, la cifra de presión arterial general no manifiesta obligadamente el nivel de flujo sanguíneo. Dado que la perfusión tisular depende del flujo sanguíneo es patente que no puede confiarse en la cifra de presión arterial general como dato valedero de la perfusión tisular."

Morris señala claramente que el volumen de sangre que llega a los tejidos periféricos y no la presión a la cual llega la sangre es la preocupación principal. A causa de hipoxia intensa de los tejidos periféricos, las células recurren crecientemente al metabolismo anaerobio, lo cual origina aumento de la producción y la acumulación de ácido láctico, que se manifiesta por acidosis metabólica y descenso del pH de la sangre arterial. El pH bajo disminuye el tono vascular y aumenta la acumulación y la extasis de sangre en el espacio vascular periférico.

Lo que ocurre en los tejidos periféricos también se observa en el miocardio, por lo cual la contractibilidad del corazón será mucho menos eficaz. Aumenta la producción de histamina, lo cual produce espasmo de las venas hepáticas y aumento de la extasis sanguínea en la región esplác-

nica. Este es el motivo de que el choque por endotoxina ocurra en primer lugar un período de vasoconstricción intensa seguido de disminución del tono vasomotor. Este último se descubre al vigilar la presión venosa central, lo que permite apreciar un descenso más grande, lo cual explica por qué el choque por endotoxina es relativamente, Choque hipobolémico. Haberse percatado en lo anterior es el cambio más importante en la comprensión de estos fenómenos complejos. Además, está comprobado que la endotoxinas tienen efecto perjudicial en las células miocárdicas y periféricas. Trastornan la contractilidad cardíaca y en la periferia causan alteraciones que aumentan la permeabilidad de las células endoteliales y, además, dañan las plaquetas. Y puede desencadenar lo que MacKay ha llamado coagulación sanguínea intravascular, que consiste en depósitos de fibrina en los vasos de pequeño calibre e isquemia de la corteza renal.

VI. MATERIAL Y METODOS

Para el presente estudio se revisaron los registros médicos de pacientes que asistieron a la emergencia de la maternidad del Hospital Roosevelt, que fueron clasificadas a su ingreso con el diagnóstico de aborto séptico durante los años 1971-1972.

VII. REVISION ESTADISTICA DE LOS CASOS ESTUDIADOS

NUMERO TOTAL DE CASOS

Durante los años de 1971-1972 ingresaron a la Maternidad del Hospital Roosevelt con diagnóstico aborto séptico 63 pacientes, las que fueron estudiadas mediante los registros médicos que (gentilmente) nos proporcionaron las oficinas de estadística de dicho hospital.

CUADRO N° 1

EDAD

Edad	N° de Casos	Porcentaje
16 - 20	10	15.87
21 - 30	37	58.73
31 - 40	14	22.22
41 - 45	1	1.59
Se ignora	1	1.59
TOTALES	63	100.00

El cuadro anterior muestra que el mayor número de pa

cientes que ingresó con diagnóstico de aborto séptico está comprendido entre las edades de 21 á 30 años, le sigue las pacientes entre las edades de 31 á 40 años haciendo un total entre los dos grupos de 51 pacientes con un porcentaje de 80.95%.

CUADRO N° 2

GRUPO ETNICO

	N° de Casos	Porcentaje
Ladinas	61	96.82
Indígenas	2	3.18
TOTALES	63	100.00

En lo que respecta al grupo étnico fueron clasificadas como indígenas 2 pacientes con un porcentaje de 3.18. Lo que nos indica que este grupo tiene menor incidencia de aborto séptico.

CUADRO N° 3

ESTADO CIVIL

	N° de Casos	Porcentaje
Unidas	43	68.82
Solteras	13	20.63
Casadas	6	9.53
Se ignora	1	1.59
TOTALES	63	100.00

En este cuadro el mayor número de pacientes corresponde a las unidadas con un total de 43 casos y porcentaje de 68.82, en segundo lugar las pacientes solteras con un número de 13 casos con 20.63% y las casadas en número de 6 y porcentaje 9.53 y un caso que no se estableció su estado civil por llegar en malas condiciones.

CUADRO N° 4

PARIDAD

	N° de Casos	Porcentaje
Primigestas	9	14.29
Secundigestas	9	14.29
Multíparas	26	41.27
Gran multíparas	14	22.22
Se ignoran	5	7.93
TOTALES	63	100.00

De todas las pacientes la mayor incidencia de aborto séptico recae en las multíparas con 26 casos y un porcentaje de 41.27, en segundo lugar las grandes multíparas con 14 casos y porcentaje de 22.22. La incidencia de primigestas y secundigestas es de 9 casos cada grupo y porcentaje de 14.29.

CUADRO N° 5

EDAD DE EMBARAZO

	N° de Casos	Porcentaje
Ovular	20	31.75
Embrionario	26	41.28
Fetal	2	3.18
Se ignora	15	23.80
TOTALES	63	100.00

De la clasificación efectuada por edad de embarazo la mayor incidencia de aborto séptico fue aborto embrionario un total de 26 casos y porcentaje de 41.28 siguiéndole en su orden el ovular con 20 casos y un 31.75% y en tercer lugar 2 casos de aborto fetal con un porcentaje de 3.18.

CUADRO N° 6

PROCEDENCIA

Procedencia	N° de Casos	Porcentaje
Urbano	43	68.25
Rural	20	31.75
TOTALES	63	100.00

En la revisión efectuada por el lugar de procedencia se registraron 43 casos del área urbana con 68.25% y 20 casos del área rural y un porcentaje de 31.75.

Clasificamos como de área urbana a los de la capital y rural las procedentes del interior de la república.

CUADRO N° 7

PROCEDIMIENTO

LEGRADO EN LOS DIAS HOSPITAL:

Días	N° de Casos	Porcentaje
Primer día	19	30.16
Segundo día	14	22.21
Tercer día	7	11.11
Cuarto día	5	7.93
Sexto día	1	1.59
Séptimo día	1	1.59
Venodisección, laparatomía y salpingo eferectomía	1	1.59
Laparatomía y apendicectomía	1	1.59
Revisión de cavidad	1	1.59
Legrado y colocación de dispositivo intrauterino	4	6.35
Tratamiento médico	9	14.29
TOTALES	63	100.00

Al respecto del procedimiento quirúrgico debe observarse en este cuadro que una mayoría de pacientes, se le efectuó legrado el primer día de su ingreso, siendo 19 casos con un 30.16%; en el segundo día fueron 14 casos con un porcentaje de 22.21, también se le colocó dispositivo intrauterino a 4 pacientes con un porcentaje de 6.35. Este procedimiento está contraindicado en los casos sépticos, pero se llevó a cabo cuando las pacientes estaban completamente bien. Haciendo notar que 9 pacientes recibieron únicamente tratamiento médico, cuyo porcentaje es 14.29

CUADRO N° 8

DIAS DE HOSPITALIZACION

Días	N° de Casos	Porcentaje
1 á 2	19	30.16
3 á 5	27	42.15
6 á 10	9	14.29
11 á 15	5	7.93
15 á 30	2	3.18
31 á 60	1	1.59
TOTALES	63	100.00

Esta clasificación se basó en los días de permanencia hospitalaria en la que se aprecia un alto porcentaje de 1 á 5 días, un total de 46 pacientes, lo que implica un 72,31% y solamente un paciente permaneció más de 30 días al presentar complicaciones y ser tratada finalmente en el servicio de ginecología con buena evolución a su egreso.

CUADRO N° 9

TRATAMIENTO

Fármacos	N° de Casos	Porcentaje
Penicilinas	40	63.50
Penicilina y estreptomicina	7	11.11
Penicilina y gantricin	5	7.93
Penicilina y kanamicina	3	4.76
Penicilina, tetraciclina	2	3.18
Tetraciclina, estreptomicina y bactrin	2	3.18
Penicilina y cloranfenicol	2	3.18
Gantricin	2	3.18
TOTALES	63	100.00

El tratamiento médico más frecuente y en mayor núme

ro se uso penicilina con un total de 40 pacientes y un porcentaje de 63.50. Seguido de la asociación penicilina y estreptomicina en 7 casos y 11.11%.

CUADRO N° 10

MOTIVO DE CONSULTA

	N° de Casos	Porcentaje
Hemorragia vaginal y fiebre	25	39.65
Hemorragia vaginal	23	36.50
Hemorragia vaginal y dolor abdominal	4	6.36
Ruptura de membranas uterinas y fiebre	2	3.18
Dolor abdominal y fiebre	2	3.18
Leucorrea y fiebre	2	3.18
Hemorragia vaginal, náuseas, vómitos y fiebre	1	1.59
Violación	1	1.59
Crisis convulsiva	1	1.59

CUADRO N° 10

MOTIVO DE CONSULTA

(Continuación)

	N° de Casos	Porcentaje
Vienen	61	96.82
Fiebre por legrado y colocación de DIU	1	1.59
Aborto incompleto y fiebre	1	1.59
TOTALES	63	100.00

La mayoría de las pacientes que consultaron presentaron hemorragia vaginal asociada a fiebre, hemorragia vaginal, con un número de 25 y 23 respectivamente, totalizando entre los dos grupos 48, cuyo porcentaje es de 76.15.

CUADRO N° 11

EXAMENES DE LABORATORIO

Examen efectuado	Número
Hematología y hematocrito	59
Orina completa	20

CUADRO N° 11

EXAMENES DE LABORATORIO

(Continuación)

Examen efectuado	Número
Heces	5
Nitrógeno de urea y creatinina	9
Grupo sanguíneo y factor Rh	11
Sodio y potasio sanguíneos	3
Tiempo de protrombina	3
Urobilinógeno	1
Fibrinógeno	2
Bilirrubina y transaminasas	2
Cultivo de secresión de loquios	3
Bilirrubina en orina	1
Hemocultivos	3
VDRL	6
Granvindex	5

CUADRO N° 11

EXAMENES DE LABORATORIO

(Continuación)

Examen efectuado	Número
Frote periférico	3
Widal	4
Tiempo parcial de tromboplastina	2
Cefalina colesterol	4
Proteínas y relación A/G	5
Urucultivo	4
Glicemia	2
Rayos X	3
Sin examen	22
TOTAL DE EXAMENES	

CUADRO N° 12

COMPLICACIONES

Complicación	N° de casos	Evolución
Infección urinaria	3	Buena
Infección pélvica	2	Buena
Shock séptico irreversible	2	Mala
Shock séptico y bloqueo renal agudo	1	Mala
Shock séptico e ictericia	1	Mala
Bronconeumonía bilateral, absceso pélvico derecho, traslado a ginecología	1	Mala
Infección urinaria y endometritis	1	Buena
Endometritis post-aborto	1	Buena
Endometritis e ilioparalítico	1	Buena
Hipopotacemia, traslado a medicina	1	Mala
Absceso pélvico y peritonitis tuberculosa	1	Buena

CUADRO N° 12

COMPLICACIONES

(Continuación)

Complicación	N° de Casos	Evolución
Tuberculosis pulmonar, traslado hospital "San Vicente"	1	Ignorada
Hipoglicemia	1	Buena
Anemia y absceso pélvico	1	Buena

Las complicaciones fueron múltiples y se mencionan las que con mayor frecuencia se presentaron en 18 de los 63 estudiados, de estos fallecieron 6 personas.

CUADRO N° 13

FALLECIMIENTOS

Número de casos	Porcentaje
6	9.52

Del total de abortos sépticos y casos complicados algunos de ellos referidos a otros servicios de este hospital, fallecieron únicamente 6, que hacen un porcentaje de 9.52.

CUADRO N° 14

ANATOMIA PATOLOGICA

Número	Porcentaje
2	3.18

De las seis pacientes fallecidas se practicó necropsia a dos de ellas, siendo el diagnóstico:

1. Aborto incompleto, legrado instrumental, shock hipobolémico, Pulmones: atelectasia en segmentos posteriores de los lóbulos inferiores.

2. Aborto séptico, endometritis y salpingitis aguda, pericarditis fibrino-purulenta.

VIII. CONCLUSIONES

1. Según las estadísticas que se consultaron con relación a los ingresos por aborto en la Maternidad del Hospital Roosevelt, correspondiente a los años 1971-1972, el ingreso fue así:

   Aborto incompleto 3577 casos; Aborto completo: 334 casos y Aborto séptico 63 casos, cuyo porcentaje de estos últimos es 1.61.

2. Con relación a la incidencia de mayor número de aborto séptico, éste fue más elevado en las mujeres comprendidas entre 21 y 30 años, con 37 casos y un porcentaje de 58.73, indicando, que en estas edades es mayor el índice de fertilidad.

3. El cuadro del grupo étnico muestra que solamente dos pacientes fueron clasificadas como indígenas con porcentaje de 3.18 y ladinas 61 con un porcentaje de 96.82.

4. De los casos estudiados, con respecto al estado civil de las consultantes hubo mayor número de aborto séptico en las pacientes unidas, siendo 43 y un porcentaje de 68.82, de lo que se deduce que esto es el resultado de hogares inestables, en donde la mujer carece de medios económicos y culturales que puedan ofrecer a sus hijos una mejor solvencia para la formación de los mismos.

5. En lo que se refiere a la parid, las multíparas suman 26 con un porcentaje de 41.27 y en segundo lugar, las grandes multíparas, siendo 14 con un porcentaje 22.22. La mujer como se dijo anteriormente, escasa de recursos económicos, con varios hijos, y sin un apoyo directo del padre de familia, busca una salida fácil para deshacerse del embarazo, que en muchos casos la lleva a la muerte.

6. Por edad de embarazo, en la que se diagnosticó aborto séptico, la mayor incidencia de aborto fue de tipo embrionario, con un número de 26 y un porcentaje de 48.21; de tipo ovular 20 casos con un porcentaje de 31.75. A nuestro criterio, esto obedece a que cuando se lleva a cabo el aborto fetal, casi siempre es completo y la infección es menor.

7. En el procedimiento efectuado para resolver esta patología, a pesar de las recomendaciones en que se debe dar un tratamiento previo antes del legrado instrumental, en nuestro estudio encontramos que el primer día de su ingreso se efectuó legrado a 19 pacientes, lo que da un porcentaje de 30.16; el segundo día a 14 pacientes, lo que equivale al 22.22%; en 9 casos se dio tratamiento médico únicamente, siendo el 14.29% del total de casos.

8. El tratamiento predominante fue a base de Penicilina Cristalina, Procaína y Estreptomicina.

9. Con más frecuencia consultaron las pacientes de esta capital.

10. Las complicaciones más frecuente fue el Shock séptico.

11. El motivo de consulta más frecuente fue el de hemorragia vaginal y fiebre, siguiéndole en su orden hemorragia vaginal.

12. Del número de pacientes estudiadas ninguna asistió a control prenatal.

13. Hematología, orina, grupo sanguíneo y factor Rh fueron los exámenes de laboratorio que se efectuaron con mayor frecuencia.

14. Fallecieron únicamente 6 pacientes con un porcentaje de 9.52.

IX. RECOMENDACIONES

1. Insistir con cada paciente que consulta o ingresa a la maternidad del hospital, en quien se sospeche se haya provocado el aborto, en la gravedad del caso, en las consecuencias físicas y psíquicas, recalcando en los múltiples riesgos que con este procedimiento corren.

2. Tratar de evidenciar con certeza si la paciente ha sido o no manipulada previamente.

3. En caso de comprobarse aborto criminal, debe de sancionarse a los participantes conforme las leyes vigentes.

4. Que el aborto debe evitarse por todos los medios posibles, realizando un programa en el que participen todas las entidades afines: los maestros de las escuelas, trabajadoras sociales y las clínicas de planificación familiar en lo importante de la consulta prenatal.

5. Recomendar examen anatomopatológico del producto de legrado uterino, ya que en ninguno de los casos se encontró e insistir en necropsia de las pacientes fallecidas.

X. BIBLIOGRAFIA

1.- Botes, M. Septic abortion and septic shock. S. Afr. Med. J. 47(10): 432-5. 10 mar. 73.

2.- González, C. A., et. al. Shock bacterémico en ginecoobstetricia. Ginec. Obste. Mex. 22(131): 1153-63. Septiembre 1973.

3.- Hellman, M. Louis, et. al. Obstetricia de Williams. Barcelona, Salvat Editores, 1973. pp 429-

4.- Jubiz, A., et. al. Estudio sobre aborto séptico. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 22(4): 233-46. Jul-Aug. 71.

5.- Lanari, A., et. al. El aborto séptico como insuficiencia renal aguda, estudio sobre 150 casos. Medicina (B. Aires) 33(4): 331-60. Jul-Ag. 1973.

6.- Santamarina, Bernardo A.G., et. al. Aborto y choque sépticos. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1970. pp. 291-301.

7.- Santamaría Páez, Luis., et. al. Aborto séptico, maniobras abortivas. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 18(6): 381-404. Nov.-Dic. 67.

8.- Schwarcz, Ricardo., et. al. Obstetricia. 3a. Ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1970. 490-496.

9.- Taylor, Stewart., et. al. eds. Obstetricia de Beck. Trad. por Homero Vela Treviño. 8a. ed. México, Interamericana, 1968. pp. 298-309.

10.- Villatoro M., Hugo Enrique. Muerte materna post-aborto en el Hospital Roosevelt (revisión de 4 años). Tesis (médico y cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1974. pp 7.

Br. Humberto Emidio Lira Dardón

Dr. Carlos M. Martínez G.
Asesor

Dr. José B. Vásquez Vásquez
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de la Fase

Vo. Bo.

Dr. Francisco A. Sáenz B.
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto G.
Decano

FVM/fvr.-5-V-69.-